Gesundheit von Männern und Frauen im mittleren Lebensalter

Erster Bremer Gender-Report Gesundheit

- Internetausgabe -

Die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales

Herausgeber/Bezug:
Die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales
Abteilung Gesundheitswesen
Referat: Gesundheitsdaten, Gesundheitsplanung
Bahnhofsplatz 29
28195 Bremen

Tel.: 0421/361 –9559
Email: antje.post@gesundheit.bremen.de

Titelfoto:
Fotomontage, Fotos von www.photocase.com

Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Bremer Senats herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlwerbenden während eines Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die Druckschrift nicht so verwendet werden, dass es als Parteinahme des Herausgebers zu Gunsten einzelner Gruppen verstanden werden könnte. Den Parteien ist es jedoch gestattet, die Druckschrift zur Unterrichtung ihrer einzelnen Mitglieder zu verwenden.

Inhaltsverzeichnis

EINLEITUNG **4**

LEBENSERWARTUNG UND STERBLICHKEIT **7**

Lebenserwartung **7**

Sterblichkeit **9**

Suizid und Unfälle **11**

KRANKHEITEN UND GESUNDHEITLICHE BEEINTRÄCHTIGUNGEN **15**

Krebs **17**

Psychische Erkrankungen **19**

Gewalt **23**

SUBJEKTIVER GESUNDHEITSZUSTAND **25**

RISIKOFAKTOREN UND PRÄVENTIONSPOTENTIALE **32**

GESUNDHEIT VON MÄNNERN UND FRAUEN MIT MIGRATIONSHINTERGRUND **38**

INANSPRUCHNAHME GESUNDHEITLICHER VERSORGUNG **43**

MEDIKALISIERUNG UND PATHOLOGISIERUNG VON LEBENSPHASEN **46**

FAZIT **50**

LITERATUR **53**

Einleitung

Die regelmäßige Erstellung von Gesundheitsberichten ist in Bremen im „Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst im Lande Bremen“ verankert. Gesundheitsberichte dienen als fachliche Grundlage für die Planung von Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung. Sie zeigen auf, in welchen Bereichen der gesundheitlichen Versorgung Chancen und Risiken ungleich in der Bevölkerung verteilt sind, und außerdem bieten sie Ansatzpunkte für Interventionen in Prävention, Diagnostik, Kuration und Rehabilitation mit dem Ziel, die Morbidität und Mortalität in der Bevölkerung zu senken.

Bis in die 1980er Jahre wurde dabei kaum nach Männern und Frauen differenziert, obgleich sich die Geschlechter hinsichtlich ihrer gesundheitlichen Lage, ihres gesundheitlichen Verhaltens, ihres Umgangs mit Gesundheit und Krankheit und der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems voneinander unterscheiden.

Ein kritischer geschlechtsspezifischer Blick auf Gesundheit, Krankheit und das gesundheitliche Versorgungssystem wurde erstmals im Rahmen der Frauengesundheitsbewegung gerichtet. Diese war in ihren Anfängen in den 1970er Jahren zunächst auf die Legalisierung des Schwangerschaftsabbruches fokussiert, entwickelte sich aber weiter und nahm dann auch andere Themen auf. Ihre Kritik richtete sich insbesondere dagegen, dass natürliche Lebensphasen wie Pubertät, Schwangerschaft, Geburt, Wechseljahre und Alter der Selbstbestimmung der Frau entzogen und in der medizinischen Versorgung zu behandlungsbedürftigen Zuständen definiert wurden. Diese unter den Schlagworten „Medikalisierung“ und „Pathologisierung“ von Lebensphasen geführten Diskussionen haben bis heute nichts an Aktualität verloren und gelten inzwischen für auch Männer – wie im vorliegenden Bericht dargestellt wird.

Neben der Frauengesundheitsbewegung etablierte sich die Frauengesundheitsforschung und lieferte viele wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse über frauenspezifische Gesundheitsthemen. Anfang der 1990er Jahre wurden die ersten Frauengesundheitsberichte verfasst. Darin standen zunächst gesundheitliche Probleme von Frauen im Vordergrund und Ansätze für eine bessere und angemessenere gesundheitliche Versorgung für Frauen. In Bremen wurde 2001 ein Frauengesundheitsbericht herausgegeben mit den Schwerpunktthemen „Gesundheit und Krankheit von Frauen“, „Frauen als pflegende Angehörige“ und „Frauen in Gesundheitsberufen“. Aus der Themenliste wird der neue Ansatz der Frauengesundheitsberichterstattung im Vergleich zur bisherigen Gesundheitsberichterstattung deutlich, „Gesundheit und Krankheit“ nicht isoliert zu betrachten, sondern stark mit dem Lebenskontext der Frauen zu verknüpfen. Mit der Frauengesundheitsbewegung und Frauengesundheitsforschung wurde dieser Ansatz dahingehend weiterentwickelt, auch die Heterogenität der Gruppe der Frauen einzubeziehen, d.h. Unterschiede zwischen Frauen hinsichtlich Einkommen, Bildung, beruflichem Status und Lebensformen zu berücksichtigen.

Eine kritische Auseinandersetzung mit der „Männergesundheit“ hat eine deutlich kürzere Tradition. Erst seit wenigen Jahren beschäftigen sich Initiativen damit. Als Argumente, diesem Thema mehr Aufmerksamkeit zu widmen, werden die geringere Lebenserwartung von Männern, die höhere Sterblichkeit, die gesundheitsriskanteren Lebensweisen und die im Vergleich zu Frauen geringe-

re Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen angeführt. Anders als in der Frauengesundheitsbewegung sind hier jedoch die Aktivitäten längst nicht so breit in der Basis verankert, sondern beschränken sich bislang auf einzelne Initiativen. [1]

Eine kritische Männergesundheitsforschung steckt noch in den Anfängen. Bislang gibt es nur wenige Forschungsarbeiten, die von einem geschlechtsbezogenen Theorieansatz ausgehend die Gesundheit von Männern thematisieren. Zudem stammen die Studien zumeist aus dem englischsprachigen Raum, d.h. die Ergebnisse sind nicht ohne weiteres auf deutsche Verhältnisse übertragbar. [2]

Die Diskussionen um Männergesundheit und Frauengesundheit führten zu Überlegungen, inwieweit eine Fokussierung auf die jeweils spezifischen Besonderheiten und Bedürfnisse von Männern und Frauen sinnvoll wäre, mit dem Ziel, letztlich eine geschlechtergerechte Gesundheitsversorgung zu entwickeln. Eine wichtige Grundlage dieser Überlegungen ist die Differenzierung nach biologischem Geschlecht („sex“) und sozialem Geschlecht („gender“). Der Begriff „gender“ – für den es in der deutschen Sprache keine Bezeichnung gibt – meint die gesellschaftlich bedingten Unterschiede zwischen Frauen und Männern, beispielsweise Rollenverhalten oder Einflussmöglichkeiten. Diese Unterschiede sind nicht biologisch gegeben, sondern können sich sowohl zwischen den Kulturen unterscheiden als sich auch zeitlich verändern.

Als Strategie und konzeptionelle Basis wurde das „Gender mainstreaming“ entwickelt. Dieses Wortungetüm - ebenfalls ohne deutsche Entsprechung - bedeutet, die Aspekte des sozialen Geschlechts nicht mehr nur am Rande, sondern zentral, d.h. im „Hauptstrom“ zu behandeln. Politische Konzepte und Maßnahmen sollen bei der Planung, Durchführung, Begleitung und Bewertung daraufhin geprüft werden, welche Auswirkungen sie auf Frauen und Männer haben.

Im Hinblick auf die gesundheitliche Versorgung heißt dies, zu berücksichtigen, dass Frauen und Männer unterschiedliche gesundheitliche Probleme haben, ein unterschiedliches Körper- und Krankheitsbewusstsein zeigen und deshalb auch unterschiedliche Anforderungen an das Gesundheitssystem stellen.

Zur Verdeutlichung ein Beispiel: Es gibt Krankheiten, die eher als Männerkrankheiten wahrgenommen werden. Hierzu zählt z.B. der Herzinfarkt. Ursachenforschung und die Erprobung von Therapieformen haben sich mehr an Männern orientiert – mit der Folge, dass der spezifische Krankheitsverlauf bei Frauen mit seinen zum Teil andersartigen Symptomen lange Zeit unerkannt blieb. Herzinfarkte wurden bei Frauen oft nicht rechtzeitig erkannt und behandelt, so dass Frauen öfter an Herzinfarkten starben als Männer, obwohl diese öfter daran erkranken.

Das Wissen um die Geschlechterunterschiede bei Gesundheit und Krankheit und das Wissen über den Einfluss von unterschiedlichen Arbeits- und Lebensbedingungen, Sozialisation oder Rollenzuschreibungen ist noch lückenhaft.

---

[1] z.B. Manndat e.V., eine „überparteiliche Interessenvertretung für männliche Bürger“, die sich auch mit Petitionen zur Männergesundheit an den Deutschen Bundestag und an Landtage gewandt hat oder auch die Stiftung Männergesundheit e.V. zur Durchführung, Finanzierung und Veröffentlichung von Projekten und Forschungsvorhaben in allen Bereichen der Männergesundheit.

[2] Violi E. (2001): Projekt - Kommentiertes Inhaltsverzeichnis für „1. Schweizerischer Männergesundheitsbericht“, Interdisziplinärer Arbeitskreis Männer - und Geschlechterforschung, im Internet: http://www.radix.ch/d/data/data_296.pdf

Mit diesem Bericht soll ein geschlechtersensibler Fokus auf die gesundheitliche Lage von Männern und Frauen im mittleren Lebensalter im Land Bremen gerichtet werden. Hierfür werden zum einen die aktuell diskutierten Erklärungsansätze für die Geschlechterunterschiede dargestellt. Zum anderen werden die geschlechtsspezifischen Morbiditäts-, Mortalitäts- und Risikofaktorenprofilen deutlich, die die Relevanz und mögliche erste Konsequenzen für eine geschlechtersensible gesundheitliche Versorgung erkennen lassen.

Das mittlere Lebensalter wurde deshalb ausgewählt, weil

das Lebensalter zwischen 30 und 65 Jahren gesundheitspolitisch noch wenig Beachtung findet. Im mittleren Lebensalter machen sich erste Auswirkungen chronischer Erkrankungen (wie z.B. Diabetes, Bluthochdruck) bemerkbar. Häufig werden sich Menschen dann bewusst, dass sie einerseits bereits „ein gelebtes Leben" haben und andererseits die zweite Hälfte noch vor sich haben. Dies führt dazu, dass hier nun häufig die Motivation wächst, mehr für den Körper, die Gesundheit tun zu wollen.

in diesem Alter viele gesundheitliche Schäden noch verhindert, hinausgezögert oder sogar rückgängig gemacht werden können. Eine Veränderung des Lebensstils wie z.B. die Vermeidung von Risikofaktoren, mehr Bewegung und Aktivität, die Nutzung von Vorsorgeuntersuchungen wirkt sich immer aus – nicht nur in jungen Jahren. Potential und Motivation für Primär- und Sekundärprävention sind also in dieser Lebensphase relativ hoch.

insbesondere im Hinblick auf ein späteres möglichst gesundes Altern eine Stärkung und Unterstützung der gesundheitlichen Ressourcen im mittleren Lebensalter von erheblicher Bedeutung ist, denn wichtige Grundlagen für die Bewältigung der späteren Lebensphasen werden im mittleren Lebensalter gelegt.

Menschen zwischen 30 und 65 Jahren auch quantitativ von Bedeutung sind, denn in dieser Altersgruppe leben im Land Bremen 318.000 Männer und Frauen. Sie machen damit knapp die Hälfte der Bremer Bevölkerung aus. [3]

schließlich mit dem „Landesgesundheitsbericht 1998"[4] , der den Schwerpunkt „Kinder- und Jugendgesundheit" hatte und dem „Bremer Altenplan" [5] , der einen ausführlichen Abschnitt über die Gesundheit alter Menschen umfasst, zu diesen Lebensphasen bereits Gesundheitsberichte vorliegen, wohingegen das mittlere Lebensalter in der Bremer Gesundheitsberichterstattung bislang noch nicht gesondert analysiert wurde.

[3] Statistisches Landesamt Bremen, Bevölkerungsfortschreibung 31.12.2006

[4] Senator für Frauen, Gesundheit, Jugend, Soziales und Umweltschutz (1998): Landesgesundheitsbericht Bremen 1998, im Internet: http://www.soziales.bremen.de/sixcms/detail.php?gsid=bremen69.c.2113.de

[5] Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales (2007): Altenplan der Stadtgemeinde Bremen, im Internet: http://www.soziales.bremen.de/sixcms/detail.php?gsid=bremen69.c.2398.de

Kapitel 1

LEBENSERWARTUNG UND STERBLICHKEIT

Die Sterblichkeit im mittleren Alter ist verglichen mit dem höheren Alter zwar deutlich geringer und spielt eine noch nicht so große Rolle - aber dass die Sterberaten in Deutschland bei Männern doppelt so hoch sind wie bei Frauen, dass Männer bei der vorzeitigen und vermeidbaren Sterblichkeit vorn liegen und dass Männer eine geringere Lebenserwartung aufweisen als Frauen verdient einen differenzierten Blick.

Lebenserwartung

In Bremen ist die Lebenserwartung zum Zeitpunkt der Geburt bei Jungen 75,1 Jahre (Deutschland: 76,2 Jahre) und bei Mädchen 81,2 Jahre (Deutschland 81,8 Jahre). Der Geschlechterunterschied beträgt somit in Bremen 5 Jahre. Mit zunehmendem Alter sinkt der Unterschied der ferneren Lebenserwartung zwischen den Geschlechtern bis auf 1,4 bei den 80 Jährigen.

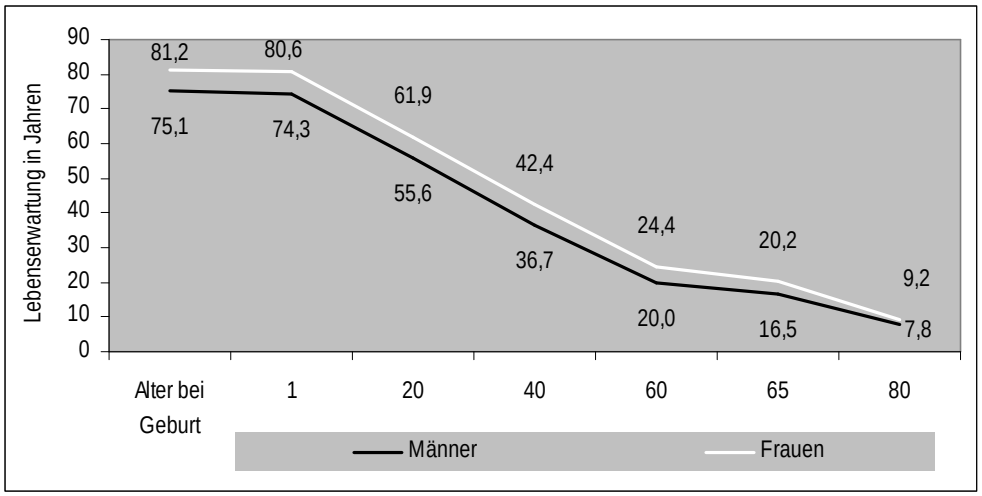

Abbildung 1: Durchschnittliche fernere Lebenserwartung von Männern und Frauen im Land Bremen, Sterbetafel 2003/2005[6]

In den letzten 25 Jahren ist die Lebenserwartung sowohl bei Männern als auch bei Frauen um etwa 3 Jahre gestiegen. Eine gesundheitspolitisch zentrale Frage ist, inwieweit diese gewonnenen Jahre in Gesundheit oder in Krankheit bzw. Pflegebedürftigkeit verbracht werden. Mit anderen Worten: Ist die zunehmende Lebenserwartung eher ein Gewinn oder eher eine verlängerte „Leidenszeit". Ergebnisse des „Alterssurveys"[7] belegen, dass mit einer höheren Lebenserwartung mehr Jahre in guter Gesundheit verbunden sind. Der Altersforscher Höpflinger kommt ebenfalls zu dem Schluss: „Generell bleiben heute ältere Menschen länger gesund, und ihr psychisches Wohlbefinden hat sich erhöht. Auch zukünftig ist zu erwarten, dass

[6] Die Sterbetafel 2003/2005 ist die derzeit aktuell verfügbare auf Länderebene, Quelle: Destatis.
[7] Deutsches Zentrum für Altersfragen, im Internet:
http://www.dza.de/forschung/forsch-alterssurvey.html#projektbeschreibung

sich die behinderungsfreie Lebenserwartung bzw. die gesunden Lebensjahre ausweiten. Da gleichzeitig jedoch mehr Menschen alt werden, ist trotzdem mit mehr Pflegefällen zu rechnen, vor allem, wenn die geburtenstarken Jahrgänge hochaltrig werden."[8]

Wie alt werden die Menschen in Bremen, ohne dass sie gesundheitlich eingeschränkt sind?

Um dies zu berechnen gibt es eine Reihe mehr oder weniger komplexer Methoden. Wir haben uns für die „behinderungsfreie Lebenserwartung" (DFLE, disability free life expectancy) entschieden, wie sie auch im Indikatorensatz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder verwendet wird.

Dieser Ansatz hat den Vorteil, dass Daten aus der amtlichen Statistik – der Schwerbehindertenstatistik - verwendet werden. In der Schwerbehindertenstatistik werden Menschen erfasst, denen das Versorgungsamt einen Grad der Behinderung von 50% oder mehr zuerkannt hat. Die Schwerbehindertenstatistik gibt nicht nur Auskunft über das Vorliegen bestimmter Einschränkungen (z.B. Beeinträchtigung der Bewegungsfreiheit im Straßenverkehr, außergewöhnliche Gehbehinderungen, Schwerhörigkeit/Gehörlosigkeit, Blindheit), sondern schließt auch die Pflegestufen II und III der Pflegeversicherung mit ein.

Einschränkend ist anzumerken, dass nur „aktenkundige" Einschränkungen einbezogen werden – und auch nur solche, die längerfristig sind. Bei der Interpretation der Daten ist auch zu beachten, dass sie nur sehr eingeschränkt Aussagen zur Lebensqualität erlauben. Viele soziale oder psychische Aspekte wie z.B. Einsamkeit können hierdurch nicht beurteilt werden.

Dennoch lässt sich die behinderungsfreie Lebenserwartung gut für Vergleiche verwenden, da sie ein internationales Maß ist und trotz der genannten Einschränkungen recht gut mit den Ergebnissen komplexer Berechnungen übereinstimmt.[9]

Danach verleben Frauen insgesamt mehr Jahre in Gesundheit als Männer. Dies ist nicht nur in Bremen so, sondern in Deutschland und auch im europäischen Vergleich.[10] Für das Land Bremen wurde berechnet, dass eine heute 65 jährige Frau statistisch gesehen noch etwa 20 Jahre zu leben hat, davon etwa 5 Jahre mit Behinderung – d.h. etwa 15 behinderungsfreie Jahre. Ein ebenso alter Mann hat noch etwa 17 Jahre vor sich, davon ebenfalls etwa 5 Jahre mit Behinderung - also noch etwa 12 Jahre ohne Behinderung.

[8] Höpflinger, F. (2003): Hochaltrigkeit – demographische, gesundheitliche und soziale Entwicklungen, im Internet: http://www.pro-senectute.ch/data/551/04-12_debatte_01.pdf

[9] Vgl. health-adjusted life expectancy (HALE) – Berechnungen der WHO für Deutschland

[10] 1. Datenreport zur Gleichstellung von Frauen und Männern in der Bundesrepublik Deutschland, im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Herausgeberin: Waltraud Cornelißen, erstellt durch das Deutsche Jugendinstitut e.V. in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt, 2005, 2. Fassung, im Internet: http://www.bmfsfj.de/Publikationen/genderreport/root.html

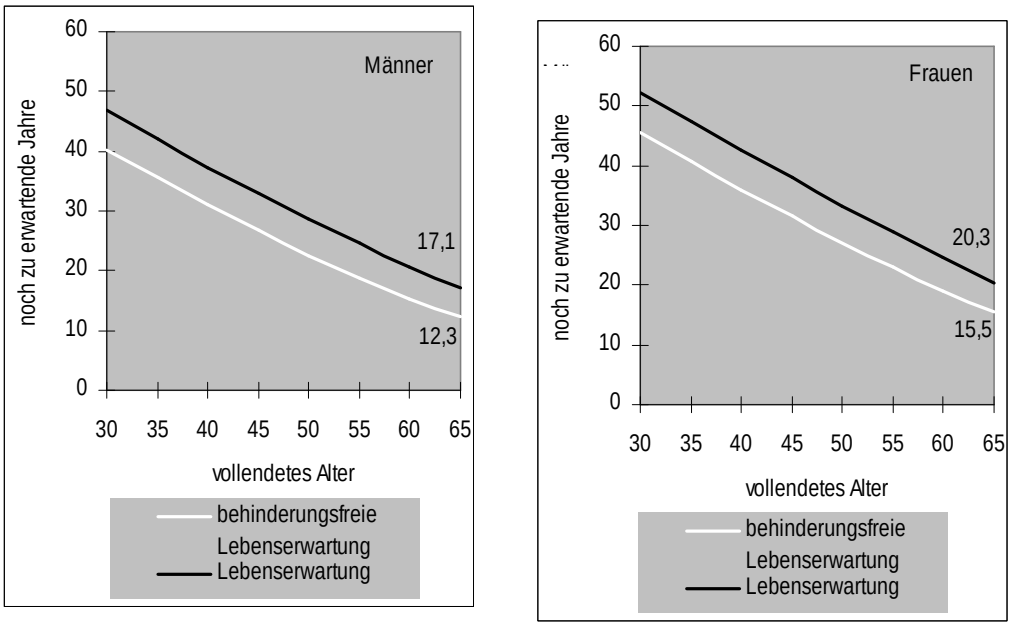

Abbildung 2: Lebenserwartung und Lebenserwartung ohne Behinderung (DFLE) von Männern und Frauen im Land Bremen[11]

Im Hinblick auf die gesundheitliche Versorgung bedeuten die Ergebnisse, dass Frauen zwar insgesamt mehr Jahre ohne Behinderung leben, dass die Anzahl mit einer Behinderung verbrachten Jahre jedoch gleich hoch wie bei denen Männer ist. Inwieweit es bei einer weiterhin steigenden Anzahl alter Menschen gelingen wird, möglichst viele Jahre in Gesundheit zu verbringen, wird von der Nutzung präventiver Potentiale auch in höherem und hohen Lebensalter abhängen.

Sterblichkeit

Die allgemeine Sterblichkeit, dass heißt alle Todesursachen zusammengenommen, weist bei Männern deutlich höhere Raten auf als bei Frauen - und zwar in allen Altersgruppen des mittleren Lebensalters.

Bundesweite Analysen zeigen, dass es insbesondere die Sterblichkeit der unter 65 Jährigen ist, die sogenannte „vorzeitige Sterblichkeit“, die maßgeblich zur niedrigeren Lebenserwartung der Männer beiträgt.[12] Gesundheitspolitisch relevant sind vor allem die sogenannten „vermeidbaren Sterbefälle“.[13] Dies sind häufige Todesursachen, die nach dem Stand des medizinischen Wissens ganz oder zumindest zum Teil als vermeidbar gelten. Für die einzelnen Todesursachen wurden jeweils bestimmte Altersgruppen definiert. Sie sind nicht nur ein Indikator für den Gesundheitszustand einer Bevölkerung, sondern spiegeln auch die Inanspruchnahme und die Qualität der medizinischen Versorgung bzw. die Effektivität von Maßnahmen der Prävention wider.

[11] Statistisches Landesamt Bremen
[12] Gesundheit von Männern und Frauen, Wien, https://www.wien.gv.at/who/gb/04/rtf/frau-mann.rtf
[13] Liste der vermeidbaren Sterbefälle gemäß Indikatorensatz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder

Tabelle 5: Vermeidbare Sterblichkeit im Land Bremen, Jahre 2004-2006[14]

			weiblich		männlich	
Diagnose	ICD-10	Alter	Anzahl	alters-stand. Rate je 100 000	Anzahl	alters-stand. Rate je 100 000
Bösart. Neubildg. der Luftröhre, Bronchien und der Lunge	C33 - C34	15-64 Jahre	140	19,2	316	42,8
Bösart. Neubildg. der Brustdrüse	C50	25-64 Jahre	142	24,5		
Bösart. Neubildg. der Cervix Uteri	C53	15-64 Jahre	16	2,4		
Ischämische Herzkrankheit	I20 - I25	35-64 Jahre	79	18,7	319	74,9
Hypertonie u. zerebro-vaskuläre Krankheiten	I10 - I15 u. I60 - I69	35-64 Jahre	66	15,7	135	31,8
Krankheiten der Leber	K70 - K77	15-74 Jahre	82	9,0	153	17,6
Transportmittelunfälle inner- u. außerhalb des Verkehrs,	V01 - V99	alle Alters-gruppen	16	1,2	50	5,0
Perinat. Sterbefälle**, Totgeborene u. bis z. 7. Lebenstag Verst.	A00 - T98		34	4,3	62	7,2
Insgesamt			575	55,7	1.035	100,0

Bei allen Todesursachen der vermeidbaren Sterblichkeit liegen die Raten der Männer deutlich über denen der Frauen. Die größten Geschlechterunterschiede sind bei den ischämischen Herzkrankheiten, Lungenkrebs und Bluthochdruck zu verzeichnen.

Dass es bei Männern insbesondere verhaltensbedingte Todesursachen sind, die im mittleren Lebensalter zum Tode führen, zeigt sich auch, wenn man sich häufigsten Todesursachen in den einzelnen Altersgruppen in Bremen anschaut. Vor allem Drogen, Alkohol und Rauchen (Lungenkrebs) sind für die häufigsten Sterbefälle verantwortlich. Aufgrund der noch geringeren Fallzahlen bei Frauen wurden hier auf eine Darstellung der Sterblichkeit bei den Frauen verzichtet.

[14] Statistisches Landesamt Bremen

Tabelle 1: Häufigste Todesursachen bei Männern im mittleren Lebensalter nach ICD-Codierung, Land Bremen, 2005[15]

Alter	Todesursache	N	Rate je 100.000
30-35	F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch	6	26,7
35-40	F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	6	21,1
40-45	F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	11	40,8
45-50	F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	16	68,1
50-55	C34 Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	17	80,4
55-60	C34 Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	25	124,8
60-65	C34 Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	65	311,2

Fazit zur Sterblichkeit in den mittleren Lebensjahren: Insbesondere bei den Männern weisen die Todesursachen auf gesundheitsriskantes Verhalten früherer Lebensjahre hin, möglicherweise bis hinein in die Jugend, so dass hier noch erhebliches Präventionspotential besteht.

Suizid und Unfälle

Bei den sogenannten „äußeren“ also nicht krankheitsbedingten Todesursachen haben Suizide und Unfälle die größte Bedeutung. Aufgrund der kleinen Fallzahlen und der damit verbundenen großen Schwankungsbreite wurden für diese beiden Todesursachen Mittelwerte über acht Jahre gebildet.

Diese belegen für Suizid einen deutlichen Geschlechterunterschied: Mehr Männer als Frauen beenden im mittleren Alter ihr Leben durch Suizid. Suizide kommen häufiger vor als tödliche Unfälle (vgl. Abbildung 3 und Abbildung 4). Dies ist nicht bremenspezifisch, sondern deutschlandweit.

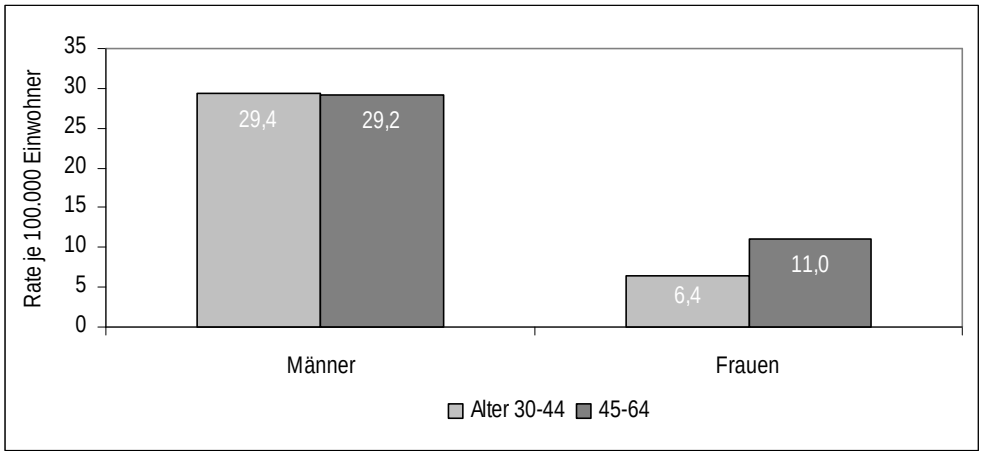

Abbildung 3: Sterblichkeit durch Suizid im mittleren Lebensalter, Rate je 100.000 Einwohner der Alters- und Geschlechtsgruppe, Land Bremen, Mittelwert 1998-2005

[15] www.gbe-bund.de

In Absolutzahlen ausgedrückt nehmen sich im Land Bremen im Durchschnitt pro Jahr etwa 49 Männer und 15 Frauen in der Altersgruppe der 30-64 Jährigen das Leben. Dabei muss zusätzlich von einer Dunkelziffer ausgegangen werden bei Todesfällen infolge von Sucht und Drogen, unklaren Todesfällen oder auch Verkehrsunfällen. Konservativ geschätzt dürfte die reale Zahl um 25% höher liegen (also 61 Männer und 19 Frauen).

Warum mehr Männer als Frauen Suizid begehen, ist noch nicht hinreichend geklärt. Studien belegen, dass etwa 40-60% derjenigen, die sich das Leben nehmen, zum Zeitpunkt ihres Suizids an einer Depression leiden. [16] Fakt ist, dass Frauen zwei- bis dreimal so häufig an einer Depression erkranken wie Männer (siehe dazu auch das Kapitel „Psychische Erkrankungen"). Frauen unternehmen aber im Vergleich zu Männern häufiger einen Suizidversuch, der nicht zum Tod führt. Als eine Ursache wird die Wahl der Mittel diskutiert. Männer verwenden eher endgültigere Methoden wie „Erhängen", „Erschießen" oder „Sprung aus großer Höhe", während Frauen häufiger Medikamente nehmen, eher gefunden werden und noch behandelt werden können. Warum dies so ist, ist ebenfalls noch unklar. [17]

Insgesamt haben ältere Männer das höchste Suizidrisiko, das höchste Suizidversuchsrisiko tragen jüngere Frauen. Als mögliche Ursachen für Suizid im mittleren Alter werden vor allem Mangel an sozialer Unterstützung und belastende Lebensereignisse (z.B. Arbeitslosigkeit) diskutiert. [18]

Auch bei den tödlichen Unfällen weisen Männer im mittleren Lebensalter höhere Raten auf als Frauen.

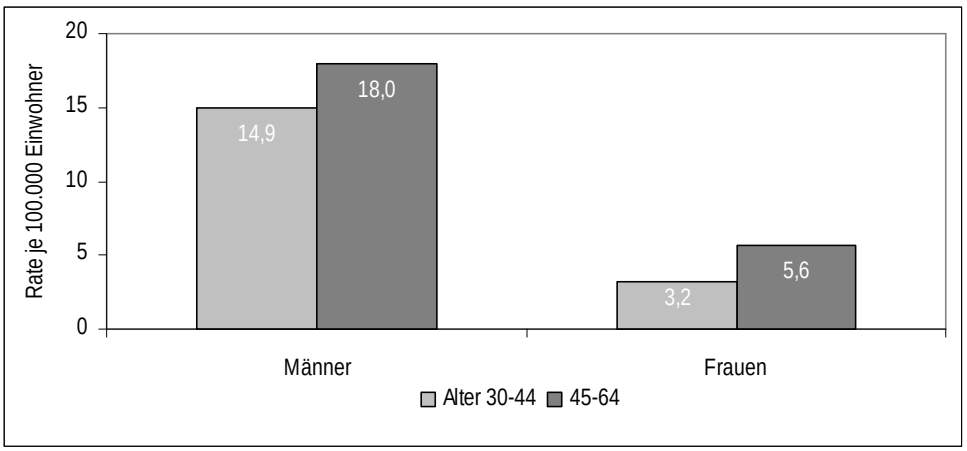

Abbildung 4: Sterblichkeit an Unfällen im Land Bremen, im mittleren Lebensalter, Land Bremen, Mittelwert 1998-2005

Für eine weitere Differenzierung in verschiedene Kategorien von Unfällen sind die Fallzahlen der Bremer Daten zu klein. Daher wird hierfür auf Zahlen aus Deutschland zurückgegriffen. Bei beiden Geschlechtern sind Verkehrsunfälle führend, wo-

[16] http://www.buendnis-depression.de/depression/media/Buendnis_Jahresuebersicht_Internet_2004.pdf
[17] Landratsamt Bodenseekreis Gesundheitsamt Gesundheit (Hrsg.) (2004): Männergesundheit, im Internet: http://www.lig.nrw.de/1pdf_dokumente/2_gesundheitspolitik_gesundheitsmanagement/sammlung-kgberichte/zentraler-berichtsserver/baden-wuerttemberg/bodenseekreis_maennergesundheit.pdf
[18] BMFSFJ (2005): Gender Datenreport, im Internet: http://www.bmfsfj.de/Publikationen/genderreport/8-Gesundheitsstatus-und-gesundheitsrisiken-von-frauen-und-maennern/8-3-Gesundheit-und-krankheit-von-frauen-und-maennern-unterschiedlichen-alters-und-in-unterschiedlichen-lebenslagen/8-3-2-krankenhausaufenthalte-und-medizinische-diagnosen,seite=4.html

bei wiederum deutlich mehr Männer als Frauen tödliche Verkehrsunfälle erleiden. Dabei ist jedoch zu beachten, dass das mittlere Lebensalter für beide Geschlechter keine besondere Risikophase darstellt. Gefährdet sind eher junge Erwachsene und Senioren.
An zweiter Stelle stehen die häuslichen Unfälle. Auch hiervon sind mehr Männer betroffen. Bei beiden Geschlechtern nehmen häusliche Unfälle mit dem Alter zu. Auch hier tritt das mittlere Lebensalter nicht als risikoreiche Phase hervor.
Arbeitsunfälle – die dritthäufigsten tödlichen Unfälle - spielen bei Frauen kaum eine Rolle, sondern eher bei Männern, was mit dem hohen Männeranteil in bestimmten Berufen (vor allem auf dem Bau und im metallverarbeitendes Gewerbe) begründet ist.

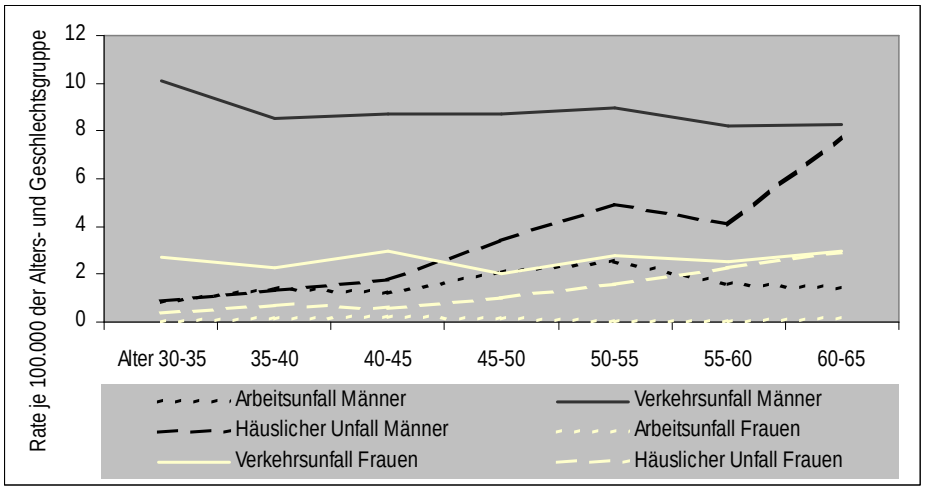

Abbildung 5: Tödliche Unfälle in Deutschland je 100.000 Einwohner der Alters- und Geschlechtsgruppe, 2005[19]

Wenn man sich die Verkehrsunfälle noch differenzierter anschaut, werden weitere Geschlechterunterschiede deutlich. Männer sind bei Unfällen mit Personenschaden deutlich häufiger als Frauen Hauptverursacher, sowohl als PKW-Fahrer, Radfahrer oder Fußgänger.

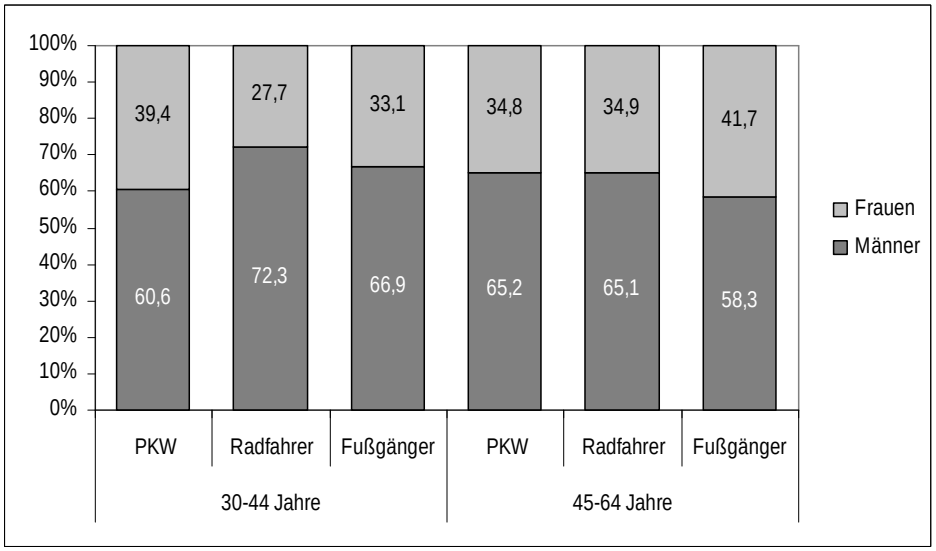

Abbildung 6: Hauptverursacher per Unfällen mit Personenschäden in Deutschland, 2005[20]

[19] Statistisches Bundesamt, im Internet: www.gbe-bund.de

Zudem sind die von Autofahrerinnen verursachten Unfälle weniger folgenschwer: Auf 1.000 verursachte Unfälle kommen bei Frauen als PKW-Fahrerinnen 12 getötete und 235 schwer verletzte Personen, bei Männern als PKW-Fahrer werden 23 Personen getötet und 266 schwer verletzt. Männer schädigen durch ihre riskante Fahrweise nicht nur nicht selbst häufiger, sondern auch andere im Vergleich zu den Frauen.

[20] Statistisches Bundesamt (2006): Verkehr – Unfälle im Straßenverkehr nach Geschlecht – 2005, Wiesbaden

Kapitel 2

Krankheiten und gesundheitliche Beeinträchtigungen

Auch das Ausmaß und Spektrum von Krankheiten und gesundheitlichen Beeinträchtigungen im mittleren Lebensalter unterscheiden sich erheblich zwischen Frauen und Männern. Wenn man die auf Selbstangaben beruhenden Ergebnisse des Bundesgesundheitssurveys anschaut, zeigen diese zunächst eine deutliche höhere Beschwerdelast bei Frauen im Vergleich zu Männern. Ob Frauen tatsächlich häufiger an Krankheiten/Beschwerden leiden oder ob Männer Erkrankungen weniger zugeben möchten oder können, ist noch nicht hinreichend geklärt. Zum einen wird diskutiert, dass das Eingeständnis von Krankheit (=Schwäche) dem männlichen Selbstbild entgegenstehen könnte. Einen weiteren Hinweis über solch methodische Artefakte liefert das Ergebnis des Bundesgesundheitssurveys, wonach Männer z.B. deutlich weniger als Frauen über ihren Blutdruck und ihre Blutwerte Bescheid wissen – also demnach auch nicht alles angeben können. Diese Überlegungen sind bei der Interpretation der nachfolgenden Darstellung der häufigsten Krankheiten im mittleren Lebensalter zu beachten. Zunächst eine Übersicht über die häufigsten Erkrankungen im mittleren Lebensalter. Wir verwenden hier Daten des Bundesgesundheitssurveys, da hier im Vergleich zur Bremer Befragung Gesundheit![21] eine umfassendere Krankheitsliste abgefragt wurde. In der Bremer Befragung wurde der Fokus auf chronische Erkrankungen gerichtet und zeigt eine weitgehende Übereinstimmung mit Daten aus Deutschland.

Tabelle 2: Liste der fünf häufigsten Erkrankungen, nach Alter und Geschlecht – Deutschland (in %) (Quelle: Bundesgesundheitssurvey 1998)

Männer: 30-44 Jahre		**Frauen: 30-44 Jahre**	
Heuschnupfen	19,2	Allergisches Kontaktekzem	33,8
Magenschleimhautentzündung (Gastritis)	18,1	Blutarmut	31,9
Gelenkverschleiß (Arthrose)	16,6	Migräne	26,9
Erhöhtes Cholesterin	16,4	Magenschleimhautentzündung	26,4
Allergisches Kontaktekzem	12,3	Schilddrüsenkrankheit	23,4

Männer: 45-65 Jahre		**Frauen: 45-65 Jahre**	
Gelenkverschleiß (Arthrose)	41,7	Gelenkverschleiß (Arthrose)	41,7
Erhöhtes Cholesterin	35,8	Krampfadern	36,1
Bluthochdruck	28,5	Erhöhtes Cholesterin	31,1
Magenschleimhautentzündung	25,8	Gynäkologische Erkrankungen	31,1
Krampfadern	17,2	Magenschleimhautentzündung (Gastritis)	30,6

[21] In Bremen wurde im Jahr 2004 eine umfangreiche Bevölkerungsumfrage zu gesundheitlichen Themen durchgeführt.; siehe dazu ausführliche das Kapitel „Subjektiver Gesundheitszustand“.

Im Alter von 30-44 Jahren sind in Deutschland bei Männern und Frauen Erkrankungen des allergischen Formenkreises am häufigsten. Dies ist auch in Bremen so.

Während jeder 5. Mann und jede 5. Frau in Deutschland an Heuschnupfen leidet, ist mehr als jede 3. Frau von einem allergischen Kontaktekzem betroffen (Männer 12,3%). Als Gründe hierfür werden diskutiert: Zum einen tragen Frauen häufiger nickelhaltigen Schmuck als Männer und verwenden nickelhaltige Kosmetika. Zum anderen können berufsbedingte Gründe zum Geschlechterunterschied beitragen. Allergische Kontaktekzeme kommen häufig bei Frisörinnen und Reinigungskräften vor (aber auch in metallverarbeitenden Berufen).

An zweiter Stelle steht bei den Frauen Blutarmut/Eisenmangel mit 31,9% - 7 mal häufiger als bei Männern. Akute und chronische Blutverluste werden hervorgerufen z.B. durch starke Menstruationsblutungen und erhöhten Eisenbedarf während der Schwangerschaft. Aber nicht nur biologische Gründe spielen eine Rolle, sondern auch die Ernährungsgewohnheiten können hier mitwirken. Unzureichende Eisenzufuhr wird z.B. bei Vegetariern beobachtet. Während etwa 13% der deutschen Frauen sich als Vegetarierinnen bezeichnen, sind es lediglich 3% der Männer.[22]

Ebenfalls deutlich stärker betroffen als Männer sind Frauen, die unter Migräne leiden (Frauen 26,9%, Männer 8,6%). Als Ursachen für Migräne werden hormonelle Schwankungen, Entspannung nach Stressphasen und die Veränderung der Wetterlage diskutiert. Als Ursachen für den Geschlechterunterschied sind zyklusbedingte Schwankungen der Sexualhormone und möglicherweise unterschiedliche Stressverarbeitung zu nennen.

Daneben kommen bei Frauen Beschwerden und Erkrankungen vor, die eng mit der Schwangerschaft und/oder Stillzeit verbunden sind, z.B. Nierenbeckenentzündungen als häufige Komplikation in der zweiten Schwangerschaftshälfte oder die Schilddrüsenkrankheit durch unzureichende Jodzufuhr, insbesondere während der Schwangerschaft und Stillzeit, in der erhöhter Jodbedarf besteht.

In der Altersgruppe der 45 bis 65 Jährigen steht bei beiden Geschlechtern der Gelenkverschleiß an oberster Stelle (mit jeweils 41,7%). Wichtigste Risikofaktoren sind das Alter sowie sich ständig wiederholende Bewegungen. Dabei sind bestimmte Berufsgruppen wie zum Beispiel Bergleute und Werftarbeiter besonders gefährdet. Und nicht zuletzt stellt Übergewicht einen weiteren wichtigen Risikofaktor dar.[23]

Jede 3. Frau zwischen 45 und 64 Jahren ist von einer gynäkologischen Erkrankung betroffen. Besonders häufig sind Gebärmuttererkrankungen. In einer vom Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS) durchgeführte Befragung von Bremer Frauen zwischen 40 und 70 Jahren haben 70% der Frauen angegeben, bislang mindestens eine gynäkologische Erkrankung gehabt zu haben. Als häufigste Diagnosen wurden die „Senkung der Gebärmutter“ (31%), „My-

[22] Aus: Tipps für Vegetarier. Hamburger Abendblatt vom 02.02.2004, im Internet: http://www.abendblatt.de/daten/2004/02/02/257543.html

[23] Gelenkverschleiß durch Übergewicht, H. Meyer, Abteilung Orthopädie, Bereich Humanmedizin der Georg-August-Universität Göttingen, im Internet: http://www.universitaetsmedizin-goettingen.de/media/global/tag_der_medizin/tdm2005_gelenkverschleiss.pdf

ome“ (27%) und „Entzündungen“ (20%) genannt.[24] Gesundheitspolitisch relevant ist in diesem Zusammenhang der hohe Anteil von Gebärmutterentfernungen. In Bremen hat jede 4. Frau zwischen 40 und 70 Jahren keine Gebärmutter mehr. Dabei ist davon auszugehen, dass eine große Zahl von Gebärmutterentfernungen medizinisch nicht zwingend notwendig ist. Hier kann man von einer medizinischen Überversorgung sprechen.[25]

Mehr als jeder 3. Mann und nahezu jede 3. Frau weisen einen erhöhten Cholesterinspiegel auf. Erhöhte Cholesterinwerte stellen für sich genommen keine Krankheit dar. Sie gelten vielmehr als Risikofaktoren für Koronare Herzkrankheiten. Erst kürzlich konnte der quantitative Einfluss auf die Sterblichkeit an Koronaren Herzkrankheiten (KHK) dargelegt werden. Dabei wurde geprüft, welche Faktoren einen Einfluss auf den Rückgang der Sterblichkeit an KHK in den USA hat: Danach sind etwa 46% des Rückgangs der Sterblichkeit durch den medizinischen Fortschritt begründet und etwa 44 Prozent durch eine Änderung der Risikofaktoren, und zwar:

- 24 Prozent durch die Reduktion des Cholesterinspiegels,
- 20 Prozent durch die Behandlung der arteriellen Hypertonie,
- 12 Prozent durch den Verzicht auf das Rauchen und
- 5 Prozent durch vermehrte körperliche Bewegung.[26]

Krebs

Krebserkrankungen zählen zu den wenigen Erkrankungen, über deren Verbreitung wir in Bremen gut Bescheid wissen. Wie in fast allen anderen Bundesländern gibt es auch in Bremen ein bevölkerungsbezogenes Krebsregister, das alle Krebsneuerkrankungen und krebsbedingten Todesfälle erfasst.[27]

Jedes Jahr erkranken im Land Bremen in der Altersgruppe 30 bis unter 65 Jahren insgesamt 661 Männer und 666 Frauen an neu Krebs.[28] Die Neuerkrankungsrate (Inzidenz) je 100.000 Einwohner zwischen 30 und unter 65 Jahren beträgt für Krebs gesamt (ohne C44) im Zeitraum von 2001-2004 bei Männern 392,4 und bei Frauen 407,0.

Häufigste Krebsneuerkrankung bei den Frauen ist Brustkrebs (siehe Abbildung 8). Die sehr dominante Position ist eng verknüpft mit dem Bremer Mammographie-Screening. In Bremen wurde das Mammographie-Screening im Jahr 2001 als eines von bundesweit drei Modellprojekten eingeführt. Dabei werden Frauen im Alter von 50-70 Jahren regelmäßig alle zwei Jahre zu einer Mammographie-Untersuchung eingeladen. In Bremen wurde dieses Angebot als erstes in Deutschland in die Regelversorgung überführt.

[24] Projekt “Impact of early detection on incidence rates of female genital cancers and the importance of estimating the prevalence of hysterectomies”, zitiert aus: Robert-Koch Institut (Hrsg.) (2007): Gebärmuttererkrankungen, Heft 37
[25] Senator für arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales (2001): Frauengesundheitsbericht Bremen 2001, im Internet: http://www.soziales.bremen.de/sixcms/detail.php?gsid=bremen69.c.2117.de
[26] Ford et al. (2007) : Explaining the Decrease in U.S. Deaths from Coronary Disease, 1980–2000, New England Journal of Medicine, Volume 356, Nr, 23, June 7, S. 2388-2398
[27] Siehe im Internet: http://www.krebsregister.bremen.de.
[28] Mittelwert der Jahre 2001-2004

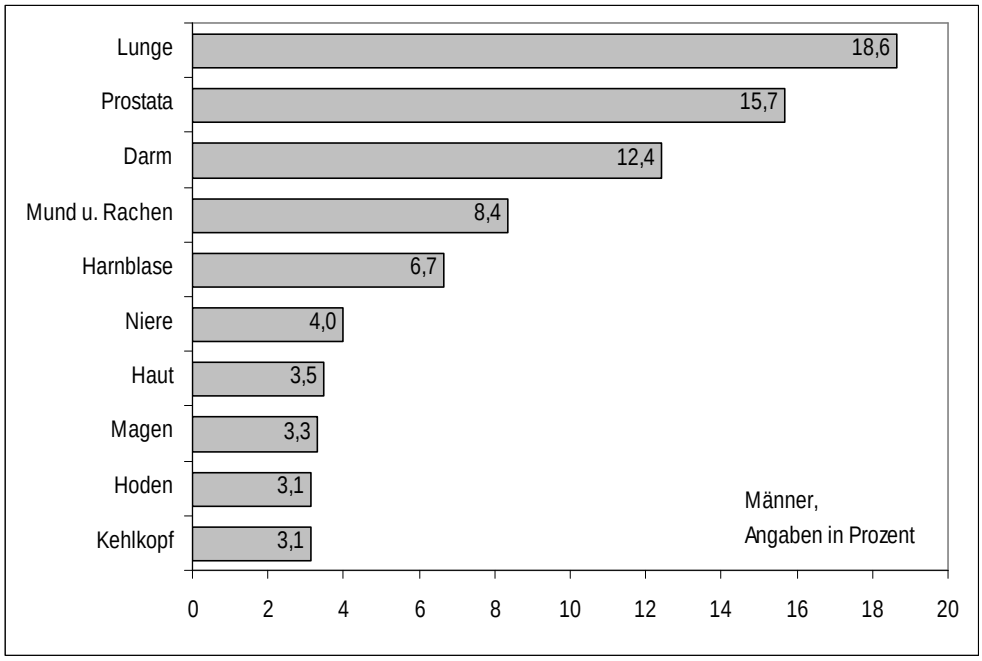

Abbildung 7: Häufigste Krebsneuerkrankungen im Alter zwischen 30 und 64 Jahren, Männer, Land Bremen, Zeitraum 2001-2004, Angaben in Prozent

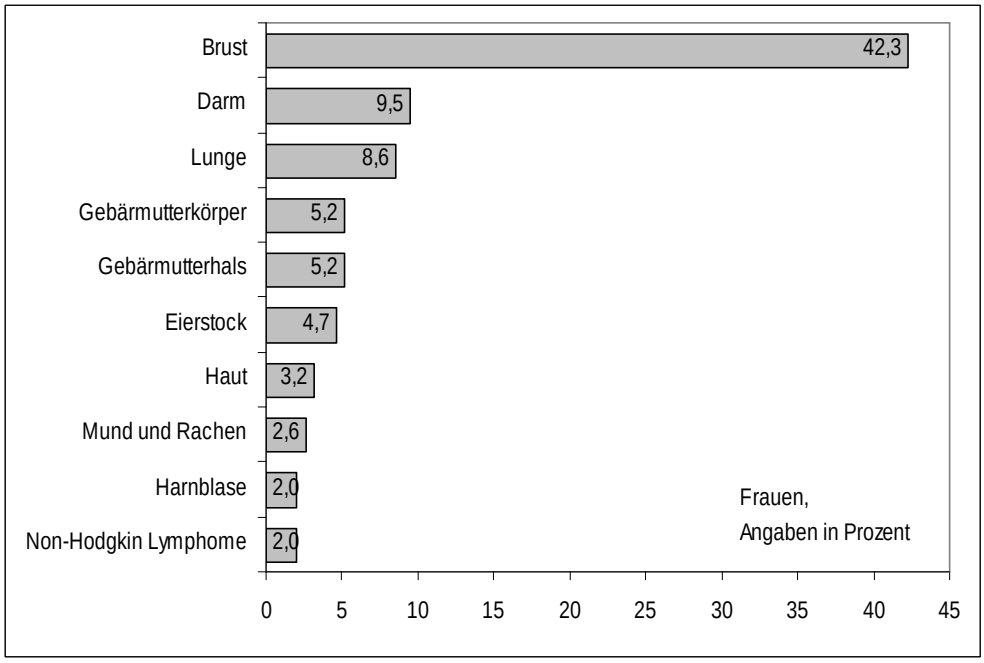

Abbildung 8: Häufigste Krebsneuerkrankungen im Alter zwischen 30 und 64 Jahren, Frauen, Land Bremen, Zeitraum 2001-2004, Angaben in Prozent

Ein Anstieg der Neuerkrankungsraten ist typisch bei der Einführung eines Mammographie-Screenings: Tumore, die eigentlich erst in späteren Diagnosejahren klinisch auffällig geworden wären (z.B. in 2005), wurden jetzt per Mammographie beispielsweise schon in 2001/2002 entdeckt und treiben die Inzidenz damit in diesen Jahren nach oben. Im Jahr 2005 würde bei diesem Beispiel der hier erwartete Tumor nicht mehr als Neuerkrankung registriert werden, was dann zu einer Absenkung der Inzidenz in 2005 führt.

Bei den Männern ist Lungenkrebs führend, gefolgt von Prostatakrebs und Darmkrebs.

Schätzungsweise 9.500 Bremerinnen und Bremer im mittleren Alter leben derzeit mit einer Krebserkrankung (4.080 Männer und 5415 Frauen).[29]

Und 316 Männer sowie 223 Frauen im Alter zwischen 30 und unter 65 Jahren sterben jährlich an Krebs (Rate je 100.000 Einwohner: Männer 188,5; Frauen 136,5).

Etwa ein Drittel aller krebsbedingten Todesfälle im Alter zwischen 35 und 64 Jahren ist bei Männern auf Lungenkrebs zurückzuführen. Pro Jahr sterben in Bremen in dieser Altersgruppe 123 Männer. Lungenkrebs, maßgeblich verursacht durch das Rauchen, nimmt damit die vorherrschende Position bei der krebsbedingten Sterblichkeit von Männern in dieser Altersgruppe ein. Hier wird einmal mehr das große Präventionspotential bei Männern deutlich.

Auch bei Frauen im mittleren Alter steht bei der krebsbedingten Sterblichkeit Lungenkrebs an erster Stelle (24,7% = 49 Sterbefälle pro Jahr), dicht gefolgt von Brustkrebs (21,8% = 55 Sterbefälle pro Jahr).

Psychische Erkrankungen

Die weite Verbreitung psychischer Erkrankungen in der erwachsenen erwerbstätigen Bevölkerung erfuhr besondere Aufmerksamkeit, nachdem in den Auswertungen von Krankenkassen trotz insgesamt sinkender Krankenstände deutliche Zunahmen der Fehltage aufgrund psychischer Störungen festgestellt wurden. Der Anteil psychisch bedingter Fehlzeiten liegt je nach Krankenkasse zwischen 6% und 13%. Vor dem Hintergrund, dass die Fehlzeiten lediglich einen Ausschnitt des Krankheitsgeschehens darstellen, da sie sich lediglich auf Arbeitnehmer/innen beziehen und kurzzeitige Erkrankungen unter 4 Tagen außer acht lassen, ist vor einer höheren realen Prävalenz psychischer Störungen und Erkrankungen auszugehen als die Fehlzeitenanalysen vermuten lassen.[30]

Auch bei den Frühverrentungen spielen psychische Erkrankungen eine erhebliche Rolle. Der relative Anteil an den Berentungsdiagnosen ist mittlerweile auf mehr als ein Drittel gestiegen.[31]

Ob eine tatsächliche Zunahme psychischer Störungen vorliegt oder ob diese stark stigmatisierten Erkrankungen mehr und mehr enttabuisiert werden, verbunden mit einer besseren Diagnostik, ist noch nicht hinreichend geklärt.[32]

Fakt ist, dass ein erheblicher Teil der erwachsenen Bevölkerung an einer psychischen Störung leidet. Im Bundesgesundheitssurvey haben mehr Frauen als Männer angegeben, von einer psychischen Störung betroffen zu sein. Danach ist jede

[29] Schätzung auf der Basis der Prävalenzberechnung des Saarländischen Krebsregisters, veröffentlicht im Jahresbericht des Epidemiologischen Krebsregisters Saarland für die Diagnosejahre 2003 bis 2005, im Internet: http://www.krebsregister.saarland.de/publikationen/publik.html

[30] Lademann J. Mertesacker H. Gebhardt (2006): Psychische Erkrankungen im Fokus der Gesundheitsreporte der Krankenkassen. In: Psychotherapeutenjournal 2/2006, S. 125

[31] Irle H. et al. (2006): Entwicklung in der Rehabilitation bei psychischen Störungen, RVaktuell, 62-70

[32] Richter D. (2005): Psychische Störungen und Erwerbsminderungsberentungen, DRV-Schriften, Band 55, S, 212-218

5. Frau von einer Angststörung betroffen. Bei den Männern wurden am häufigsten Störungen durch psychotrope Substanzen (Drogen) beobachtet.

Etwa jede 9. Frau hat angegeben, in den letzten 12 Monaten an einer affektiven Störung (hierzu zählen vor allem Depressionen) und/oder an einer somatoformen Störung (hierzu zählen psychogene Störungen mit wiederholtem Auftreten körperlicher Symptome ohne definitiv begründbare körperliche Ursachen) zu leiden.

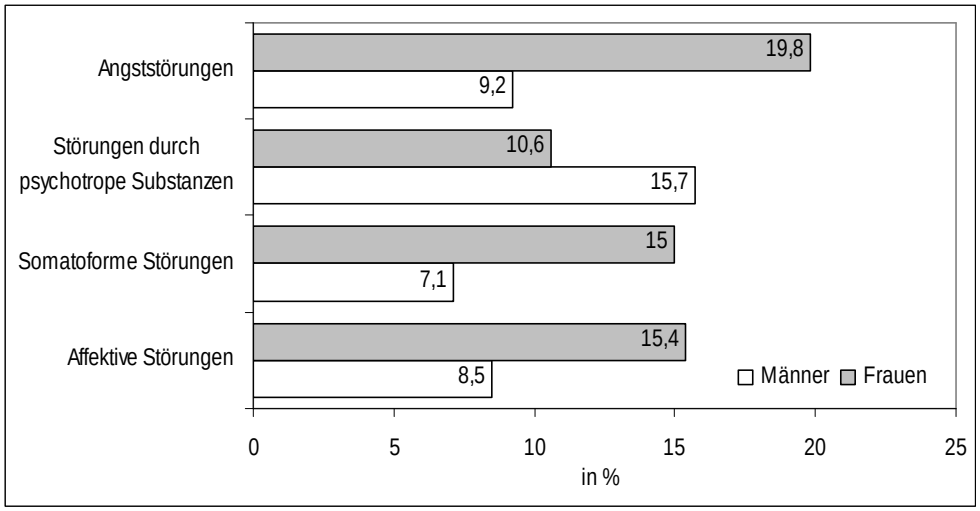

Abbildung 9: 12-Monats-Prävalenz psychischer Störungen bei Erwachsenen (18-64 Jahre), Deutschland[33]

Für das Land Bremen können wir zur Beschreibung der Verbreitung psychischer Störungen auf Daten der Krankenhausdiagnosestatistik zurückgreifen, die den stationären Bereich abbildet.
Interessant ist zunächst, dass bei Männer zwischen 30 und 44 Jahren jeder 5. Krankenhausfall auf eine psychische Störung zurückzuführen ist, während es bei den Frauen lediglich jeder 8. Krankenhausfall ist (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3: Anteil an psychischen und Verhaltensstörungen (F00-F99) von allen stationären Behandlungsanlässen, Land Bremen 2005[34]

	Männer		Frauen	
Alter	**Fälle**	**Anteil an allen stationären Behandlungsanlässen in %**	**Fälle**	**Anteil an allen stationären Behandlungsanlässen in %**
30-44	2.508	19,1	1.286	13,3
45-64	1.748	7,3	1.266	6,4

[33] Koch et al. (2005): Ambulante psychotherapeutische Versorgung in Deutschland: Zwischenbilanz und Herausforderung, 4. Workshopkongress für Klinische Psychologie und Psychotherapie Dresden, 7. Mai 2005, im Internet: http://www.psychologie.tu-dresden.de/workshopkongress2005/hauptvortraege/koch-hauptvortrag.pdf
[34] Bei Frauen wurden Anlässe wg. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett aus der Bezugsgröße herausgerechnet.

Wenn man sich nun das Spektrum der Diagnosegruppen anschaut (siehe Abbildung 10), sind es bei den Männern vor allem Probleme mit Alkohol und Drogen, die zu einer Behandlung im Krankenhaus führen. Bei den Frauen hingegen ist das Spektrum gleichmäßiger verteilt, und es spielen mehr als bei den Männern Depressionen und psychische Erkrankungen mit körperlichen Symptomen eine Rolle.

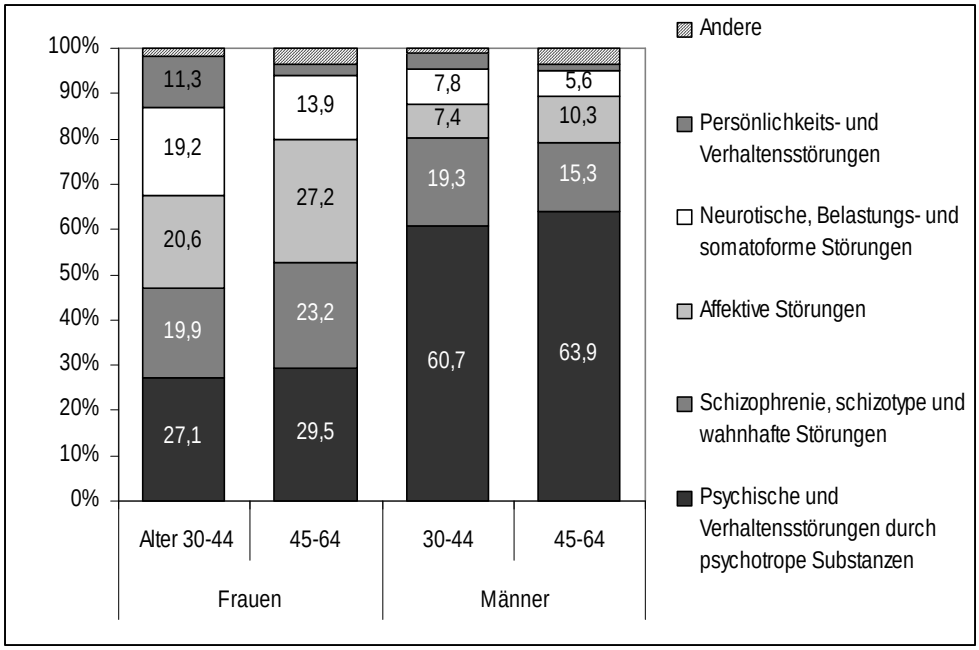

Abbildung 10: Spektrum der stationären Aufnahmen im Land Bremen aufgrund von Psychischen und Verhaltensstörungen (F00-F99) im Alter zwischen 30 und 64 Jahren, Land Bremen, Zeitraum 2001-2004, Angaben in Prozent

Die Darstellung der Einzeldiagnosen kann ein noch genaueres Bild liefern. Bei den Männern wird die Dominanz von alkoholbedingten psychischen Störungen deutlich. Bei den 30 bis 44 Jährigen entfielen 39,4 der psychischen Störungen auf Alkoholproblematiken bei den 45-64 Jährigen waren es sogar 60,5%. Oder anders ausgedrückt: Von 1.000 Bremer Männern zwischen 30 und 44 Jahren wurden 13 aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen durch Alkohol behandelt, von 1.000 45-64 Jährigen waren es 12.

Tabelle 4: Verteilung von Patienten mit Wohnsitz Bremen mit der häufigsten Diagnosen psychischer Störungen bei Krankenhausaufnahme, Land Bremen, 2005

Frauen, 30-44 Jahre	**%**	**Männer, 30-44 Jahre**	**%**
F00-F99 Psychische und Verhaltensstörungen, davon	100	F00-F99 Psychische und Verhaltensstörungen, davon	100
F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	18,6	F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	39,4
F20 Schizophrenie	15,0	F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch	22,0
F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch	12,6	F20 Schizophrenie	14,9
F60 Spezifische Persönlichkeitsstörungen	11,4	F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	3,9
F32 Depressive Episode	9,8	F32 Depressive Episode	3,6
F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	9,3	F60 Spezifische Persönlichkeitsstörungen	2,6

Frauen, 45-65 Jahre	**%**	**Männer, 45-65 Jahre**	**%**
F00-F99 Psychische und Verhaltensstörungen, davon	100	F00-F99 Psychische und Verhaltensstörungen, davon	100
F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	28,4	F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	60,5
F20 Schizophrenie	17,2	F20 Schizophrenie	12,8
F32 Depressive Episode	12,2	F32 Depressive Episode	5,4
F33 Rezidivierende depressive Störung	7,4	F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch	3,8
F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	6,2	F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	3,0
F25 Schizoaffektive Störungen	5,5	F33 Rezidivierende depressive Störung	2,2

Weitere Geschlechterunterschiede sind bei depressiven Episoden zu beobachten. Hier ist der Anteil bei den Frauen um das zwei- bis dreifache höher als bei den Männern. Diese Ergebnisse stimmen mit epidemiologische Studien überein, die auch den ambulanten Bereich mit einbeziehen, in dem der überwiegende Teil der Therapien stattfindet. Für diesen Geschlechterunterschied werden verschiedene Faktoren diskutiert:

- Das unterschiedliche Verhalten der Geschlechter in der Arztpraxis: Frauen scheinen eher bereit zu sein, in der ärztlichen Praxis über Ängste und Stimmungsschwankungen zu sprechen, während Männer eher über körperliche Symptome berichten;

- Unterschiedliches Diagnoseverhalten der Ärzte;

- Belastungen durch die Mehrfachrolle Hausarbeit, Kinderbetreuung und Erwerbsarbeit wie auch die zunehmende Entwertung der Hausfrauenrolle;

- Hormonelle Faktoren: In bestimmten Zeiten großer Hormonschwankungen z.B. vor der Menstruation oder nach einer Geburt scheinen Frauen anfälliger für eine Depression zu sein. Ein Zusammenhang zwischen Menopause und Depression ließ sich bislang nicht nachweisen.[35]

Deutliche Geschlechterunterschiede sind auch bei Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (ICD F 43) zu beobachten. Auch hier ist der Anteil der Frauen doppelt so hoch wie bei den Männern.[36] Diese Gruppe von Störungen umfasst klinisch unterschiedliche Erscheinungsbilder. Gemeinsam ist ihnen, dass sie psychosoziale Belastungsfaktoren als Auslöser haben. Dazu zählt z.B. die akute Belastungssituation, bei der ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen der ungewöhnlichen Belastung und dem Beginn der Symptome besteht. Ebenfalls zu dieser Gruppe ist die posttraumatische Belastungsstörung zu rechnen, mit einer verzögerten Reaktion häufig innerhalb eines halben Jahres nach einem belastenden Ereignis, einer außergewöhnlichen Bedrohung oder Katastrophe.[37] Weitergehende Analysen über Ursachen können aufgrund der hier vorliegenden Daten nicht vorgenommen werden.

Gewalt

Die im vorangegangenen Kapitel erwähnten Reaktionen auf schwere Belastungen beschreiben eine Form, wie sich Gewalt auf die Gesundheit auswirken kann.

In einer 1996 in Bremen durchgeführten Befragung von Bremer Frauen[38] gaben die 30 bis 44 Jährigen am häufigsten an, Gewalterfahrungen gemacht zu haben. In dieser Altersgruppe hat jede vierte Frau körperliche, jede siebte Frau sexuelle und jede zehnte Frau beide Formen von Gewalt erfahren.[39] Die Häufigkeit von Gewalterfahrungen ist in Bremen vergleich bar mit der Bundesrepublik.

Die Erfahrung sexueller wie auch körperlicher Gewalt ist kein Einzelerlebnis im Leben der betroffenen Frauen: Die Mehrzahl der Frauen berichteten, über längere Zeit und mehrfach körperlicher und/oder sexueller Gewalt ausgesetzt gewesen zu sein. Die Angaben zu den Tätern unterscheiden sich deutlich bei körperlicher und sexueller Gewalt.

Mehr als die Hälfte der Frauen wurde durch ihren (Ehe-)Partner körperlich misshandelt. Ein Drittel der Frauen gab an, körperliche Gewalt in ihrem Elternhaus erlebt zu haben.

---

[35] http://www.buendnis-depression.de/depression/media/Buendnis_Jahresuebersicht_Internet_2004.pdf

[36] Fallzahlen Altersgruppe 30-64 Jahre: Männer 154, Frauen 199

[37] Medizinische Universität Wien, AKH-Consilium - Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen, im Internet: http://www.akh-consilium.at/pdf/AKH-Consilium%20-%20Neurotische-,%20Belastungs-%20und%20somatoforme%20St%F6rungen.pdf

[38] Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (1996): FrauenLebenGesundheit, eine Befragung bei Bremer Frauen im Alter zwischen 30 und 74 Jahren.

[39] Frage zu körperlicher Gewalt: "Sind Sie schon einmal absichtlich schwer geschlagen, getreten, verprügelt, gestoßen, gewürgt oder sonst wie mit oder ohne Gegenstände(n) tätlich angegriffen worden?"; Frage zu sexueller Gewalt: "Hat Sie schon einmal jemand mit Gewalt oder Androhung von Gewalt gegen Ihren Willen zum Beischlaf oder zu beischlafähnlichen Handlungen gezwungen oder versucht, das zu tun?"

Bei sexueller Gewalt waren die Täter zu 34% Fremde, zu 29% der Ehe-Partner und zu 23% Verwandte oder Freunde. 11% der Frauen erlebten sexuellen Missbrauch in ihrem Elternhaus. Die beschriebenen Daten zeigen, dass Gewalt für Frauen überwiegend im häuslichen Bereich stattfindet.

Über Männer als Opfer von Gewalt liegen bislang wenig Erkenntnisse vor. In 2004 wurde zwar vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend eine Pilotstudie zu diesem Thema veröffentlicht, aber aufgrund der kleinen Fallzahlen können wenig allgemeine Aussagen zur Situation in Deutschland getroffen werden. Die Gewaltbelastung von Männern scheint jedoch im Erwachsenenalter deutlich geringer als in der Kindheit und Jugend. Anders als bei Frauen findet ein Großteil der körperlichen Gewalt gegen erwachsene Männer in der Öffentlichkeit statt. Ebenfalls im Unterschied zu Frauen stehen die Täter (in der Regel Männer) überwiegend in keiner Beziehung zu ihren Opfern.[40]

[40] BFSJS (2004): Pilotstudie „Gewalt gegen Männer“, im Internet: http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung4/Pdf-Anlagen/pressemat-studie-gewalt-m_C3_A4nner,property=pdf,bereich=,rwb=true.pdf

Kapitel 3

Subjektiver Gesundheitszustand

Die Frage: „Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?“ gilt als ein aussagekräftiger Indikator für die Beschreibung der gesundheitlichen Lage. Zahlreiche wissenschaftliche Untersuchungen zeigen einen deutlichen Zusammenhang mit der zum Beispiel durch ärztliche Diagnosestellung objektivierten Morbidität. In Bremen wurde im Jahr 2004 eine umfangreiche Bevölkerungsumfrage zu gesundheitlichen Themen durchgeführt, die auch die eingangs gestellte frage umfasste.[41]

Danach bewerten mehr als 80% der Bremerinnen und Bremer im mittleren Lebensalter ihren Gesundheitszustand als gut bzw. sehr gut, ein knappes Fünftel als weniger gut bzw. schlecht. Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind nicht zu beobachten.

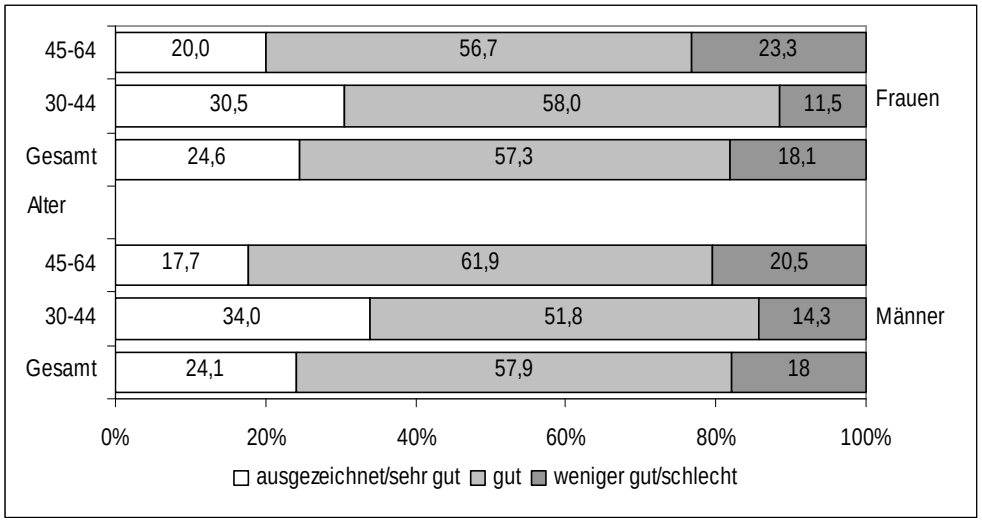

Abbildung 11: Selbsteinstufung des Gesundheitszustandes im mittleren Lebensalter (30 bis unter 65 Jahre)[42]

Um von dieser allgemeinen Aussage ausgehend genauer zu erfahren, inwieweit sich Bevölkerungsgruppen hinsichtlich ihre Gesundheitszustandes unterscheiden, werden verschiedene Differenzierungen vorgenommen.

So ist beispielsweise das Alter ein zentraler Einflussfaktor. Mit zunehmenden Alter schätzen Männer und Frauen ihre Gesundheit schlechter ein (siehe Abbildung 11), wobei aber anzumerken ist, dass selbst in der älteren der beiden betrachteten Altersgruppen gut drei Viertel der Frauen und knapp 80% der Männer ihren Gesundheitszustand als ausgezeichnet, sehr gut oder gut einschätzen.

[41] Mehr Informationen dazu sind im Internet unter http://www.soziales.bremen.de/sixcms/detail.php?gsid=bremen69.c.2113.de zu finden sowie im Buch: Ratlose Patienten? Gesundheitliche Information und Beratung aus Sicht der Bevölkerung, Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales (2007), Edition Temmen, 2007, ISBN:978-3-86108-588-1

[42] Daten aus der Befragung „Gesundheit! Bremen“

Die enge Verknüpfung der gesundheitlichen Lage mit der sozialen Lage wurde in vielen epidemiologischen Studien belegt. Menschen aus niedrigeren sozialen Schichten weisen von wenigen Ausnahmen abgesehen[43] eine höhere Krankheitslast, mehr gesundheitliche Einschränkungen und eine geringere Lebenserwartung auf als Menschen höherer Schichten.

Als Indikator für die soziale Schicht wird im Rahmen der Bremer Auswertung der höchste Schul- bzw. Berufsabschluss verwendet. Wissenschaftliche Studien zeigen, dass der sozioökonomische Status zwar mehr umfasst als den Bildungsabschluss (nämlich z.B. Einkommen und Beruf), dass jedoch Bildung eine zentrale Rolle spielt. Für diesen Indikator spricht außerdem unter methodischen Gesichtspunkten, dass der Schul- bzw. Berufsabschluss – anders als Indikatoren wie Einkommen oder Beruf - im Laufe des Lebens relativ stabil ist.

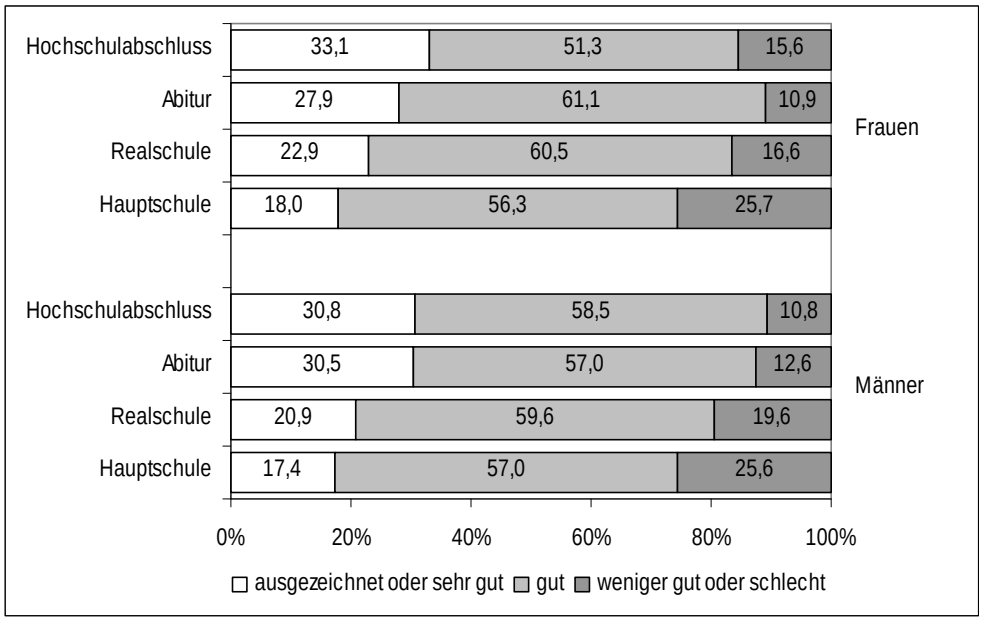

Abbildung 12: Selbsteinstufung des Gesundheitszustandes im mittleren Lebensalter (30 bis unter 65 Jahre) nach höchstem Bildungsabschluss[44]

Die Bremer Daten bestätigen: Je niedriger der Bildungsabschluss, desto schlechter fällt die Bewertung des eigenen Gesundheitszustandes aus.

Studien belegen, dass auch der Familienstand Einfluss auf den Gesundheitszustand hat. Dabei wirkt sich die Ehe grundsätzlich protektiv aus. Erklärt wird diese protektive Wirkung zum einen damit, dass Gesunde sich eher verheiraten als Kranke (Selektionsthese) und dass Verheiratete gesünder leben (z.B. durch einen regelmäßigeren Tagesablauf, durch gemeinsam eingenommene Mahlzeiten) und im Krankheitsfall besser versorgt sind (Protektionsthese).[45]

[43] Brustkrebs, Allergien, Neurodermitis im Kindesalter.

[44] Kategorie „Hauptschule“ umfasst auch Volksschule; Kategorie „Realschule“ umfasst auch „Mittlere Reife“ und „Polytechnische Oberschule“; Kategorie „Abitur“ umfasst auch „Fachoberschule“, Fachhochschulreife“; Kategorie Hochschulabschluss umfasst auch „Fachhochschulabschluss“.

[45] Streuli E. (2002): Alleinleben in der Schweiz - Entwicklung, Verbreitung, Merkmale. Dissertation, im Internet: http://www.dissertationen.unizh.ch/2003/streuli/D_ES0212.pdf

Der geschlechtervergleichende Blick zeigt, dass der protektive Effekt bei Männern stärker zu beobachten ist als bei Frauen: So haben Analysen eine 2,5 fach geringere Sterblichkeit von verheirateten Männern im Alter von 30 bis 60 Jahren im Vergleich zu unverheirateten Männern gezeigt - bei Frauen ist dieser Unterschied weniger stark.[46] Häufigster Familienstand im mittleren Alter ist die Ehe. Über die Hälfte der Männer und Frauen ist verheiratet.

Tabelle 5: Familienstand von Männern und Frauen im Land Bremen, 30-64 Jahre, 2006, Angaben in Prozent[47]

	Männer	Frauen
Ledig	33,2	23,2
Verheiratet	51,7	56,5
Geschieden	1,4	4,6
Verwitwet	13,8	15,7

Betrachtet man die im Rahmen der Bremer Umfrage Gesundheit! erfragte Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes im Zusammenhang mit dem Familienstand, so weisen die Geschiedenen die höchsten Anteile mit einem weniger guten bzw. schlechten Gesundheitszustand auf. Der Anteil der Männer liegt dabei leicht über dem der Frauen – ein Phänomen, dass nicht nur in Bremen zu beobachten ist. Auch in der Literatur wird belegt, dass die negativen Wirkungen von Trennung und Scheidung für die Gesundheit der betroffenen Männer stärker ausfallen als bei Frauen.[48] Es wird vermutet, dass viele Männer immer noch dazu neigen, „familiäre Unterstützung (durch ihre Frauen) wie selbstverständlich und ohne entsprechende Gegenleistungen zu nutzen. Damit sind sie gesundheitlich zwar geschützt, solange sie in stabilen Beziehungen leben, aber stark gefährdet, wenn eine Ehe auseinandergeht."[49]

Der Familienstand wird in Studien gern verwendet, da diese Daten in der amtlichen Statistik erhoben werden und kontinuierlich bereitstehen. Die Lebensrealität von Menschen im mittleren Lebensalter ist jedoch deutlich differenzierter und heterogener. Zusammenlebende Paare ohne Trauschein, Alleinlebende mit Partnerschaft, Leben mit und ohne Kindern, Verheiratete, die aber getrennt leben, sind nur einige der bestehenden Lebensformen. Hierüber Informationen zu erhalten ist nur über Surveys möglich. In der Bremer Umfrage Gesundheit! wurden auch Daten über die Lebensform erhoben.

Wenn man Männer und Frauen im mittleren Lebensalter in unterschiedlichen Lebensformen[50] nach ihrer Einschätzung ihres eigenen Gesundheitszustandes fragt, schneiden alleinlebende Männer am schlechtesten ab. Auch bei der weiteren Auswertung nach Befindlichkeitsstörungen wie z.B. innere Unruhe oder Schlaflosigkeit weisen alleinlebende Männer vergleichsweise höhere Werte auf. Dies hängt damit

[46] Robert Koch Institut Berlin (Hrsg.) (2005): Gesundheit von Frauen und Männern im mittleren Lebensalter, Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Robert Koch Institut Berlin.
[47] Statistisches Landesamt Bremen, Bevölkerungsfortschreibung 31.12.2006
[48] Decurtins L., Meyer PC (Hrsg). (2007): Entschieden – Geschieden: Was Trennung und Scheidung für Väter bedeuten, aus: Goeschel A. (2007): Trennung und Scheidung als Gesundheitsrisiko für die Männer in den Regionen Deutschlands: Überlegungen zu einer Präventionsstrategie. Blickpunkt der Mann, (1/2007)
[49] Faltermaier T. (2004): Männer, Gesundheit, Gesundheitsförderung: Eine vernachlässigte Perspektive, Radix, im Internet: http://www.radix.ch/d/data/data_20.pdf
[50] Wohngemeinschaften oder das Zusammenleben mit Verwandten spielen im mittleren Lebensalter nur eine untergeordnete Rolle und wurden daher nicht einbezogen.

zusammen, dass Alleinleben im mittleren Lebensalter bei Männern tendenziell eher mit beruflich-sozialer Desintegration in Verbindung gebracht wird, wogegen es bei Frauen tendenziell die eher gut Qualifizierten sind, die in dieser Lebensspanne allein leben.[51]

Auch der Erwerbsstatus hat einen erheblichen Einfluss auf die Gesundheit. Dies ist umfangreich belegt - daher zunächst der Blick auf die Fakten:

Im Land Bremen sind in der Altersgruppe der 30-64 Jährigen 51% der Männer und 43% der Frauen sozialversicherungspflichtig beschäftigt.[52] Von denen, die erwerbstätig sind, üben 58% der Frauen und 93% der Männer eine Vollzeit-Beschäftigung aus.

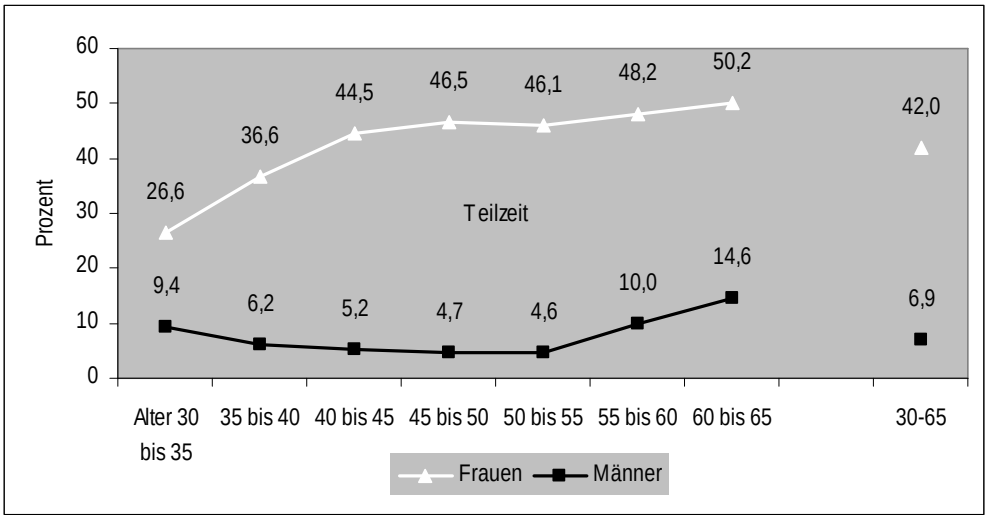

Abbildung 13: Anteil teilzeitbeschäftigter Männer und Frauen an allen Erwerbstätigen mit Wohnort Land Bremen, 2006[53]

Demgegenüber steht ein etwa vier mal so hoher Anteil von Teilzeit-Erwerbstätigen bei den Frauen. Die Auswertung der Bremer Umfrage „Gesundheit!“ kommt zu ähnlichen Ergebnissen sowie zu dem weiteren Ergebnis, dass der Anteil nicht erwerbstätiger Frauen im Vergleich zu den Männern etwa drei mal so hoch ist.

Diese unterschiedlichen Erwerbstätigkeitsstrukturen hängen damit zusammen, dass die klassischen Rollenmodelle, wonach Väter „Haupternährer“ der Familie darstellen und Mütter (stärker als Väter) für die Kinderversorgung zuständig sind, nach wie vor weit verbreitet sind.[54] Inwieweit z.B. diese Rollenzuschreibung des Hauptverdieners für Männer belastend ist und möglicherweise auch gesundheitliche Auswirkungen hat, ist bislang nicht ausreichend erforscht, wohingegen es seit

[51] Perrig-Chiello P., Höpflinger F. (2001): Zwischen den Generationen. Frauen und Männer im mittleren Lebensalter - Hauptergebnisse eines empirischen Projekts zum Wandel des mittleren Erwachsenenalters - in Thesenform, Seismo-Verlag, Zürich 2001, im Internet::
http://mypage.bluewin.ch/hoepf/fhtop/fhmidage1.html

[52] Statistisches Landesamt Bremen, Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte im Lande Bremen am 30.06.2006

[53] Statistisches Landesamt Bremen, MVP 2.2., Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte am 60.06.2006, Wohnort Land Bremen

[54] Engstler H., Menning S. (2003): Die Familie im Spiegel der amtlichen Statistik. Lebensformen, Familienstrukturen, wirtschaftliche Situation der Familien und familiendemographische
Entwicklung in Deutschland, in: zum nachdenken 58/2003, S. 2-12.

vielen Jahren eine breite Diskussion über Risiken und Chancen der Mehrfachbelastung von Frauen durch Familie und Beruf gibt.[55]

Schaut man sich die Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands nach Erwerbsstatus an so wird deutlich, dass sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen Erwerbstätige ihre Gesundheit besser einschätzen als Arbeitslose.

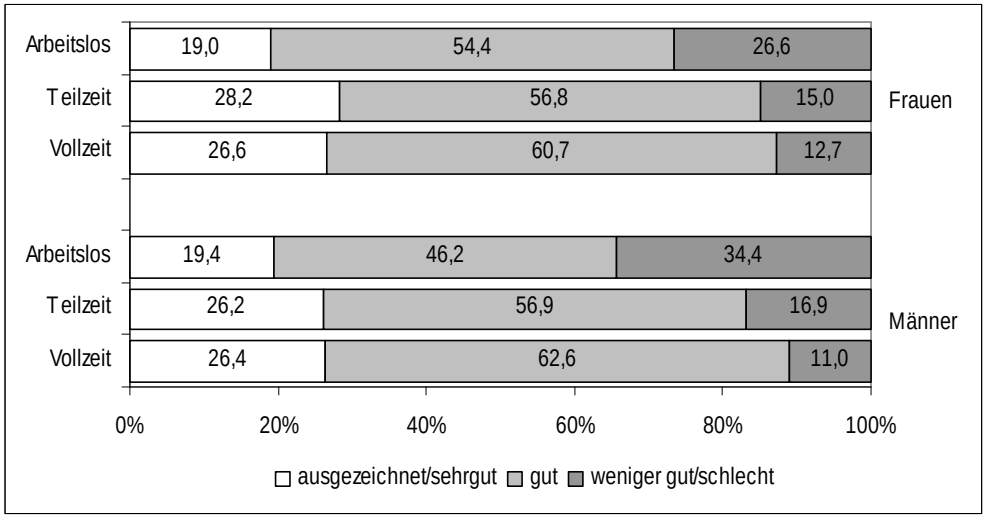

Abbildung 14: Selbsteinstufung des Gesundheitszustandes und Erwerbsstatus im mittleren Lebensalter (30-64 Jahre)[56]

Dieser Befund ist durch zahlreiche Untersuchungen belegt. Auch im Rahmen des Bundesgesundheitssurveys wurden beim Vergleich von Erwerbstätigen und Arbeitslosen insbesondere für Männer höhere Raten an Gesundheitsstörungen nachgewiesen (Asthma, Diabetes mellitus, Hypertonie und selbst berichtete psychische Störungen). Bei Frauen waren diese Zusammenhänge inkonsistent und nicht signifikant.[57]

Bei der Suche nach Erklärungsansätzen stellt sich die Frage: Werden Kranke eher arbeitslos oder Arbeitslose eher krank? Hier bestätigen neuere Forschungen, dass eher letzteres zutrifft. Lang andauernde Arbeitslosigkeit kann insbesondere psychische Erkrankungen verursachen oder verschlimmern, diese bessern sich häufig, wenn Arbeitslose eine Beschäftigung finden.[58]

Als Erklärungsansatz für diesen Geschlechterunterschied wird diskutiert, dass sich Frauen eher auf die Alternativrolle als Hausfrau und ggf. Mutter zurückziehen können – eine empirische Überprüfung steht hier aber noch aus.[59] Des weiteren scheinen Männer im Vergleich zu Frauen ihre sozialen Netzwerke eher berufsorientiert

[55] Robert Koch Institut Berlin (2005): Gesundheit von Frauen und Männern im mittleren Lebensalter. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, S. 15

[56] Daten aus der Umfrage „Gesundheit! Bremen“:„Nicht erwerbstätig“ und „im Vorruhestand“ nicht auswertbar aufgrund zu kleiner Fallzahlen.

[57] Rose U., Jacobi F. (2006) : Gesundheitsstörungen bei Arbeitslosen, Arbeitsmed. Sozialmed. Umweltmed. 41, 12, S. 556-564

[58] Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung der Bundesanstalt für Arbeit (2003): IAB-Kurzbericht, Aktuelle Analysen aus dem Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung der Bundesanstalt für Arbeit, Ausgabe Nr. 4, 21.03.2003, im Internet: http://doku.iab.de/kurzber/2003/kb0403.pdf

[59] Robert Koch Institut Berlin (Hrsg.) (2005): Gesundheit von Frauen und Männern im mittleren Lebensalter, Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Robert Koch Institut Berlin.

aufzubauen. Arbeitslosigkeit oder eine lange Erkrankung wirken sich dann gravierender aus als bei Frauen.[60]

Im Hinblick auf die gesundheitlichen Auswirkungen der Doppelbelastung von Familie und Vollzeitbeschäftigung erbrachten die Bremer Daten kein konsistentes Bild. Auf der einen Seite schätzen im Vergleich zu Männern mehr Vollzeit-arbeitende Frauen mit Familie ihren Gesundheitszustand als ausgezeichnet oder sehr gut ein (Männer: 23,7%; Frauen: 27%) – auf der anderen Seite sind es aber auch mehr Vollzeit-arbeitende Frauen mit Familie, die ihren Gesundheitszustand als weniger gut oder schlecht bewerten als Männer (Männer: 7,7%, Frauen: 12,5%). Vermutlich scheinen hier sehr unterschiedliche Bewältigungsmöglichkeiten, mit der Situation „Arbeit und Familie" umzugehen, zu greifen (z.B. durch unterschiedliche Möglichkeiten, Kinderbetreuung zu finanzieren – oder das Vorhandensein von Großeltern vor Ort).

Weitergehende differenzierte geschlechtervergleichende Analysen zwischen Erwerbsarbeit und Gesundheit sind auf der Grundlage der Bremer Umfrage nicht möglich, da der Fokus dieser Umfrage ein anderer war und weitere Parameter dazu nicht erhoben wurden. Es scheint aber auch insgesamt schwierig zu sein, hierzu aussagefähige Erkenntnisse zu gewinnen, da zum einen die Berufsbiografien bei Frauen viel diskontinuierlicher verlaufen als bei Männern und sich die Arbeitsbedingungen bei Männern und Frauen erheblich voneinander unterscheiden.[61]

Die verschiedenen Ansätze zur Erklärung des Zusammenhangs zwischen Gesundheit und sozialer Lage in der sozialmedizinischen Forschung basieren im wesentlichen auf den Annahmen, dass

- in Abhängigkeit vom Sozialstatus die Inanspruchnahme gesundheitlicher Dienste und Einrichtungen variiert,
- materielle Gegebenheiten - insbesondere Arbeits- und Wohnbedingungen - Gesundheit positiv oder negativ beeinflussen können,
- gesundheitsbewusste Lebensweisen und Lebensstile schichtabhängig sind,
- psychosoziale Ressourcen (z.B. Kompetenz- und Copingstile[62], wahrgenommene soziale Unterstützung, Möglichkeiten der Informationsverarbeitung etc.) Gesundheit positiv oder negativ beeinflussen können[63].

Nach diesem Modell (siehe

Abbildung 15) wirkt soziale Ungleichheit nicht direkt, sondern über die jeweiligen Zwischenebenen, die ihrerseits durch soziale Komponenten beeinflusst werden. Auch impliziert dieses Modell keinen unidirektionalen Zusammenhang zwischen gesundheitlicher und sozialer Ungleichheit. Es macht vielmehr deutlich, welche Wechselwirkungen zwischen den einzelnen Determinanten bestehen.

[60] Klotz T. (2007): Wohin mit der Männergesundheit? Blickpunkt der Mann 5(2), S. 10-11
[61] Robert Koch Institut Berlin (Hrsg.) (2005): Gesundheit von Frauen und Männern im mittleren Lebensalter, Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Robert Koch Institut Berlin.
[62] Coping = soziale Bewältigungsstrategien
[63] Elkeles T., Mielck A.(1997): Entwicklung eines Modells zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit, Gesundheitswesen 59, S. 137 - 143

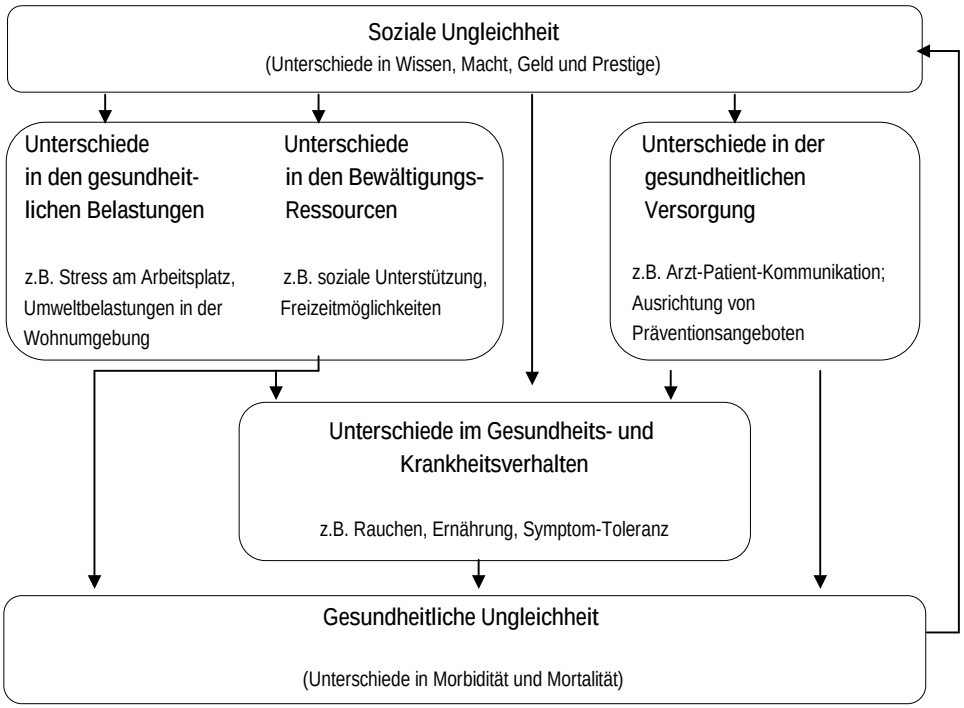

Abbildung 15: Modell gesundheitlicher Ungleichheit von Elkeles und Mielck[64]

Um auch bei der Auswertung der Daten der Bremer Umfrage „Gesundheit!“ den Einfluss mehrerer Faktoren zu berücksichtigen, wurden zusätzlich multifaktorielle Analysen durchgeführt. Dabei wurden Zusammenhänge mit verschiedenen Faktoren (z.B. Alter, Erwerbstatus, Bildungsabschluss) überprüft.

Bei den Frauen haben Geschiedene nicht Erwerbstätige mittleren Alters am häufigsten angegeben, einen weniger guten bzw. schlechten Gesundheitszustand zu haben. Bei den Männern sind es jene mit niedrigen Bildungsabschlüssen, vor allem verwitwete erwerbstätige und alleinlebende Männer.

[64] Kategorie „Hauptschule“ umfasst auch Volksschule; Kategorie „Realschule“ umfasst auch „Mittlere Reife“ und „Polytechnische Oberschule“; Kategorie „Abitur“ umfasst auch „Fachoberschule“, Fachhochschulreife“; Kategorie Hochschulabschluss umfasst auch „Fachhochschulabschluss“.

Kapitel 4

Risikofaktoren und Präventionspotentiale

Zu den wichtigsten gesundheitsriskanten Faktoren zählen das Rauchen, Übergewicht, mangelnde Bewegung, falsche Ernährung und Alkoholkonsum. Für die Faktoren Rauchen, Bewegung und Übergewicht können wir auf Bremer Daten zurückgreifen und diese zum Teil auch mit dem Bundesdurchschnitt vergleichen. Zu beachten ist, dass all diese Daten auf Selbstangaben beruhen, d.h. bei den Antworten ist eher mit einer Unterschätzung der Angaben zu rechnen.

Im mittleren Alter besonders markant heben sich die Bremer Männer hinsichtlich des Rauchens ab - sowohl im Bundesvergleich als auch im Hinblick auf andere Altersgruppen ihrer Geschlechtsgenossen und auch gegenüber den Frauen. Mit einem Anteil von 40% täglich rauchender Männer in der Altersgruppe der 40-49 Jährigen schneiden die Bremer Männer schlecht ab (siehe Abbildung 16).

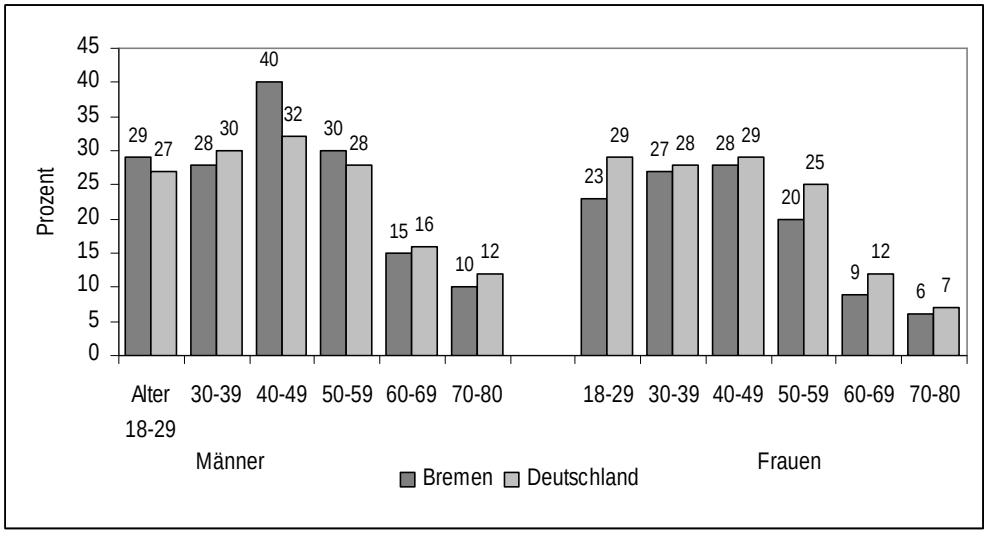

Abbildung 16: Anteile täglich Rauchender in Bremen und Deutschland, Angaben in Prozent[65]

Wenn man außer dem Alter weitere Faktoren einbezieht, sind es vor allem Männer jüngerer bis mittlerer Altersgruppen – und hier vor allem jene, die nicht erwerbstätig sind und niedrige und mittlere Bildungsabschlüsse haben – die einen besonderen Präventionsbedarf aufweisen.

Im mittleren Lebensalter stellt grundsätzlich die betriebliche Gesundheitsförderung ein gutes Setting dar. Bei nichterwerbstätigen Männern greift dieses nicht. Daher müssen hier andere Strategien entwickelt werden. Hierbei zeigen die Erfahrungen, dass „sich Arbeitslose für suchtpräventive Programme dann am ehesten gewinnen lassen, wenn sie Bestandteil von Maßnahmen sind, die ihnen Perspektiven zur Wiedergewinnung von Arbeit vermitteln, das bedeutet z.B. Integration der Drogen-

[65] Quelle für Deutschland: Gesundheitsmonitor der Bertelsmann-Stiftung, Welle 5, 2003-2004

prävention in Beschäftigungs- und Qualifizierungsprojekte bzw. in Umschulungs- und Fortbildungsmaßnahmen“. [66]

Frauen rauchen insgesamt weniger als Männer, schließen aber langsam auf. Längsschnittstudien zeigen, dass der Anteil der männlichen Raucher rückläufig ist, während der Anteil der Raucherinnen zugenommen hat. Diese Entwicklung spiegelt sich in den Bremer Daten insoweit wider, dass in der jüngsten Altersgruppe bereits nur noch geringe Unterschiede zwischen den Geschlechtern zu erkennen sind.

Als diese Daten erhoben wurden, waren viele Maßnahmen des Nichtraucherschutzes, die jetzt gelten, noch nicht in Kraft getreten. Hierdurch gibt es für Bremen die Möglichkeit herauszufinden, wie sich die Maßnahmen des Nichtraucherschutzes auf das Rauchverhalten der verschiedenen Bevölkerungsgruppen auswirken.

Ein weiterer, weit verbreiteter Risikofaktor stellt Übergewicht dar: Mit zunehmendem Alter nimmt bei beiden Geschlechtern der Energiebedarf ab. Es wird schwieriger, das Gewicht zu halten und mit steigendem Alter nehmen die Anteile übergewichtiger Männer und Frauen in der Bevölkerung zu (bis etwa 80 Jahre).

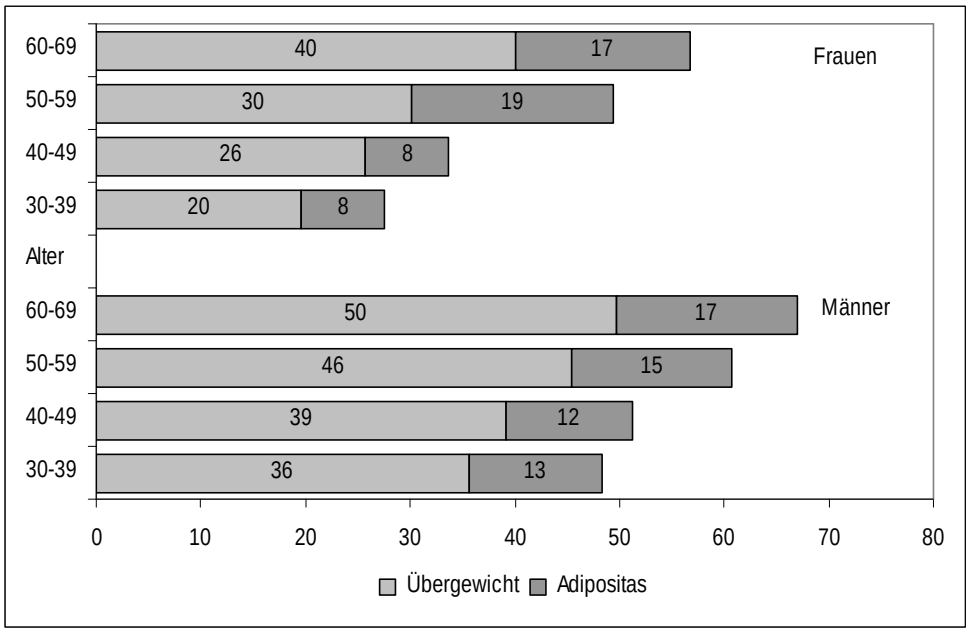

Abbildung 17: Anteile von Männern und Frauen mit Übergewicht (Body-Mass-Index 25 bis unter 30) und Adipositas (BMI 30 und höher) in Bremen, Angaben in Prozent

Wie Abbildung 17 zu entnehmen ist, sind in allen Altergruppen deutlich mehr Männer als Frauen übergewichtig, während die Geschlechterunterschiede bei Adipositas (= starkes Übergewicht) geringer sind. Verglichen mit Deutschland ist die Situation in Bremen günstiger, dass heißt in nahezu allen Altersgruppen sind weniger Männer und Frauen übergewichtig bzw. adipös als im Bundesdurchschnitt.

Folgende potentielle Zielgruppen für Präventionsbedarf wurden in der multifaktoriellen Analyse bezüglich Übergewicht/Adipositas ermittelt:

[66] Kieselbach Th., Klink F., Scharf G., Schulz S.O. (1998). „Ich wäre ja sonst nie mehr an Arbeit rangekommen!”. Evaluation einer Reintegrationsmaßnahme für Langzeitarbeitslose. Weinheim, Deutscher Studien Verlag.

Tabelle 6: Zielgruppen für Präventionspotential bei Übergewicht/Adipositas

	Übergewicht	Adipositas
Männer	- Nichtledige Männer	- Männer mit niedrigen Bildungsabschlüssen - Nichtledige Männer
Frauen	- Jüngere Frauen mit niedrigen Bildungsabschlüssen - Nichtledige Frauen mittleren Alters und mit niedrigen Bildungsabschlüssen - Verheiratete und geschiedene ältere Frauen	- Frauen mit niedrigen Bildungsabschlüssen - Nichtledige Frauen

Maßnahmen zur Reduktion des Körpergewichts werden in der Bevölkerung insgesamt recht wenig unternommen, laut Bundesgesundheitssurvey sind es in der Altersgruppe der 25-64 Jährigen 9,3% der Frauen und 6,3% der Männer.

Da sich insgesamt die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas in Deutschland seit 1985 verdoppelt hat und sich eine gegenläufige Entwicklung nicht abzeichnet, sollte trotz der etwas günstigeren Situation in Bremen Übergewicht und Adipositas weiterhin im Fokus der Prävention stehen. Dabei ist jedoch problematisch, dass es nur wenige Untersuchungen darüber gibt, welche Präventionsmaßnahmen geeignet und effektiv sind. So wird in der Adipositas-Leitlinie festgehalten: "Präventionsprogramme bei Erwachsenen, die auf eine gesunde Lebensweise und die Bekämpfung kardiovaskulärer Risikofaktoren zielen, zeigten hinsichtlich des Körpergewichts nur eine minimale Wirkung oder waren unwirksam."[67]

Hier gibt es noch viel Entwicklungspotential. Dabei sollten auch hier berücksichtigt werden, dass Männer und Frauen ggf. unterschiedliche Akzeptanz- und Zugangsstrategien haben.

Eng verknüpft mit Übergewicht und Adipositas ist körperliche Bewegung. Die gesundheitliche Bedeutung – insbesondere auch im Hinblick auf ein gesundes Altern – ist enorm. So haben Studien belegt, dass Personen, die kontinuierlich Sport treiben, nicht nur eine höheren Lebenserwartung haben als Nicht-Sportler, sondern dass Sport auch die Fähigkeit begünstigt, im Alter ein selbständiges Leben zu führen. Darüber hinaus fördert Sport nicht nur die körperliche, sondern auch geistige Leistungsfähigkeit.[68]

Ein Mangel an körperlicher Bewegung kann sowohl Folge als auch Ursache von Übergewicht und Adipositas sein. Auch hier wurden Bremer Daten erhoben. Dabei wurde ein geschlechtersensibler Ansatz gewählt. Häufig wird in Fragebögen zur körperlichen Bewegung nach freizeitsportlichen Aktivitäten gefragt, die vor allem

[67] Evidenzbasierte Leitlinie Prävention und Therapie der Adipositas, Version 2005, Herausgeber: Deutsche Adipositas-Gesellschaft, Deutsche Diabetes-Gesellschaft, Deutsche Gesellschaft für Ernährung, Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin, im Internet: http://www.adipositas-gesellschaft.de/daten/Adipositas-Leitlinie-2005.pdf

[68] Kruse A. (2004): Botschaften für gesundes Altern, im Internet: http://www.forumpraevention.de/forum-praevention_1234/images//Anhaenge/Botschaften_gesundes_Aelterwerden.pdf

von Männern wahrgenommen werden, während andere Aktivitäten – wie z.B. Gartenarbeit o.ä. unbeachtet bleiben – aber ebenfalls zur körperlichen Aktivität gerechnet werden sollten. Aus diesem Grunde wurde nicht explizit nach „Sport treiben“ gefragt, sondern insgesamt nach Dauer und Häufigkeit körperlicher Bewegung, die „einen zumindest ein bisschen außer Atem oder ins Schwitzen bringt (z.B. Sport, Wandern, Tanzen, Gartenarbeiten)“.

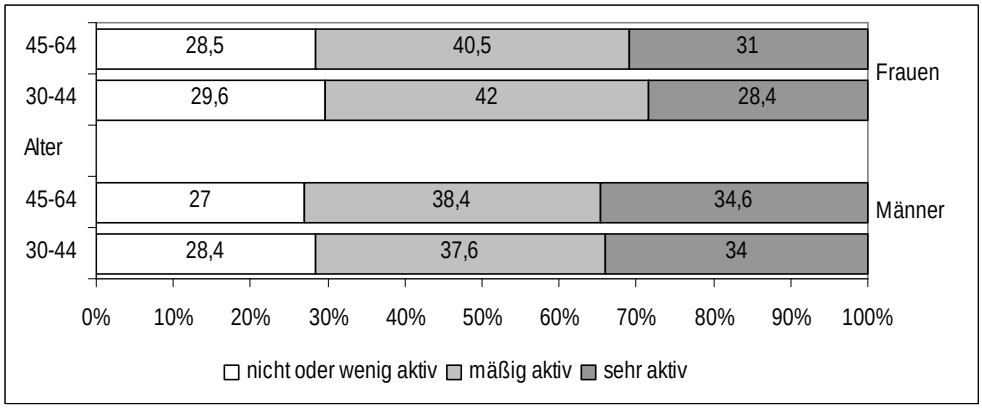

Abbildung 18: Körperliche Bewegung im mittleren Lebensalter, Angaben in Prozent

Knapp drei Viertel aller Männer und Frauen ist im mittleren Lebensalter zumindest mäßig körperlich aktiv. Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind hier kaum zu beobachten. Lediglich bei denjenigen, die angaben, körperlich sehr aktiv zu sein, sind die Anteile der Männer etwas größer. Bezieht man weitere Faktoren ein, sind es insbesondere die alleinlebenden Männer, die sich wenig bewegen. Jene Gruppe schätzte auch ihren Gesundheitszustand schlechter ein als Menschen, die in anderen Lebensformen leben. Inwieweit alleinlebende Männer sich weniger bewegen, weil ihr Gesundheitszustand schlechter ist, oder ob ihr Gesundheitszustand unter anderem schlechter ist, weil sie sich weniger bewegen, muss an dieser Stelle offen bleiben.

Wenig körperlich aktiv sind auch ledige Frauen über 40 Jahren mit niedrigen bis mittleren Bildungsabschlüssen, geschiedene Frauen und verheiratete jüngere Frauen.

Im Hinblick auf den Alkoholkonsum im mittleren Lebensalter gibt es zwar keine Bremer Daten. Das Thema wird aber dennoch aufgegriffen, da es einige Besonderheiten in sich birgt, die bei anderen Risikofaktoren nicht auftreten – und im Hinblick auf präventive Maßnahmen beachtet werden sollten.

Zum einen stellt Alkoholkonsum nicht per se ein gesundheitlich riskantes Verhalten dar – im Gegenteil: Alkoholkonsum in Maßen wird sogar eine gesundheitsfördernde Wirkung zugesprochen. Für die Gesundheit nicht zuträglich ist übermäßiger Alkoholkonsum. Ausgehend von dem von der WHO definierten tolerablen oberen Zufuhrwert - für Männer und für Frauen getrennt - überschreiten in Deutschland 30,2% der Männer und 15,5% der Frauen diesen Wert. Dieses geschlechtsspezifische Verhalten trifft auch auf das mittlere Alterssegment zu. Während der Geschlechterunterschied an sich nicht überrascht und mit männlichen Rollenerwartungen interpretiert wird, tritt ein Phänomen auf, dass bei anderen Risikofaktoren nicht zutrifft: Das Ausmaß gesundheitsriskanten Verhaltens ist häufig mit der sozia-

len Schicht verknüpft – in unteren sozialen Schichten ist es meist stärker ausgeprägt. Schaut man sich jedoch die Frauen an, die Alkohol über dem tolerablen Grenzwert konsumieren, so sind es vor allem jene mit höherem sozioökonomischen Status, die diese Grenzwerte überschreiten. Bei Männern hingegen scheint der Einfluss des sozioökonomischen Status nicht so ausgeprägt zu sein. Bei ihnen wurde vielmehr beobachtet, dass - bezogen auf die 45-64 Jährigen - mehr Erwerbstätige übermäßig Alkohol trinken als ihre nicht erwerbstätigen Alters- und Geschlechtsgenossen (bei Frauen ist der Einfluss dieses Parameters geringer). Inwieweit diese auf Selbstauskunft beruhenden Angaben damit zusammenhängen, dass Erwerbstätige bzw. Frauen mit höherem sozioökonomischen Status eher bereit sind, ihren Alkoholkonsum zuzugeben als Erwerbslose und Frauen mit niedrigerem sozioökonomischen Status, kann nicht endgültig geklärt werden. Diese Beobachtungen zeigen jedoch deutlich, dass Präventionsansätze sehr zielgenau und spezifisch entwickelt werden müssen und dass allgemeine Aussagen, dass in den unteren sozioökonomischen Schichten der größte Präventionsbedarf ist, nicht grundsätzlich zutreffen.

Die hier aufgeführten Risikofaktoren treten häufig nicht einzeln, sondern in Kombination auf. Im Hinblick auf die Faktoren Rauchen, Übergewicht und wenig Bewegung wurde ein besonders ungünstiges Risikoprofil, d.h. das Auftreten aller drei Faktoren bei Männern in Bremen generell für die mittlere Altersgruppe ermittelt, bei den Frauen sind es insbesondere die Geschiedenen.

Neben Ansätzen zur primären Prävention, die die Verhütung und Vorbeugung von Krankheiten und gesundheitlichen Beeinträchtigungen betrifft, gibt es die sog. sekundäre Prävention, die das möglichst frühe Erkennen von symptomlosen Krankheitsvor- und -frühstadien umfasst mit dem Ziel, die Heilungs- und Behandlungschancen zu verbessern. Für Männer und Frauen im mittleren Lebensalter gibt es eine Reihe von Früherkennungsmaßnahmen, die von der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert werden.

Tabelle 7: Von der gesetzlichen Krankenversicherung finanzierte Früherkennungsuntersuchungen

Alter	Männer	Frauen
Ab 30		Krebs: Brust- und Hautuntersuchung
Ab 35	Gesundheits-Check-up	Gesundheits-Check-up
Ab 45	Krebs: Genitaluntersuchung, Prostatauntersuchung, Hautuntersuchung	
50-69		Brustkrebs: Mammographie-Screening
Ab 50	Krebs: Dickdarm- und Rektumuntersuchung	Krebs: Dickdarm- und Rektumuntersuchung
Ab 55	Krebs: Darmspiegelung	Krebs: Darmspiegelung

In der Bremer Umfrage Gesundheit! wurden Zahnvorsorgeuntersuchungen, Krebsfrüherkennungsuntersuchungen und der Gesundheits-Check-up näher betrachtet. Berücksichtigt werden muss, dass es sich hier um Selbstauskünfte handelt, die vermutlich aufgrund von sozialer Erwünschtheit noch etwas geschönt wurden – wie Vergleiche mit Daten der Krankenkassen zeigen. Beim Gesundheits-Check-up kommt hinzu, dass diese Untersuchung leicht mit anderen Routineuntersuchungen verwechselt werden kann. Auf eine nähere Analyse des Gesundheits-Check-up wird daher hier verzichtet.

Schaut man sich die Teilnahmeraten der Früherkennungsuntersuchungen an, wird deutlich: Auch hier weisen Männer das größere Präventionspotential auf als Frauen. Jeder 6. Mann zwischen 30 und 59 Jahren hat angegeben, überhaupt nicht an der Zahnvorsorge teilzunehmen, jeder 5. nimmt nur unregelmäßig teil. Vor allem ältere ledige und verwitwete Männer und nicht erwerbstätige Männer jüngerer und mittlerer Altersgruppen sind durch unzureichende Teilnahme aufgefallen. Frauen in den mittleren Jahren nehmen hingegen deutlich regelmäßiger teil. Hier sind die Präventionszielgruppen vor allem jüngere und ältere Frauen niedriger Bildungsschichten.

Krebsfrüherkennungsuntersuchungen werden für Männer erst ab einem Alter von 45 als Leistung der Krankenkasse angeboten. Derzeit wird diskutiert, ob das bestehende Angebot um den sog. PSA-Test zur Früherkennung von Prostatakrebs erweitert werden soll (siehe dazu ausführlich das Kapitel „Medikalisierung und Pathologisierung von Lebensphasen“). Die Teilnahmeraten der derzeitigen Angebote sind bei Männern im mittleren Alter verglichen mit gleichaltrigen Frauen niedrig: Etwa zwei Drittel der 45-54 jährigen Männer und die Hälfte der 55-64 jährigen Männer hat angegeben, unregelmäßig oder nie teilzunehmen. Bei den Frauen betragen diese Raten 27% bzw. 29%.

Kapitel 5

GESUNDHEIT VON MÄNNERN UND FRAUEN MIT MIGRATIONSHINTERGRUND

Im Land Bremen leben insgesamt 85.000 Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit, davon ist etwa die Hälfte im Alter von 30 bis unter 65 Jahren. Die größte Gruppe stellen die 30-34 Jährigen. In diesem Alter hat knapp jeder in Bremen lebende 4. Mann und jede 4. Frau eine ausländische Staatsangehörigkeit.

Tabelle 4: Anteil von Männern und Frauen mit ausländischer Staatsbürgerschaft im Land Bremen nach Altersgruppen, 31.12.2005, Angaben in Prozent

Alter	Männer	Frauen
30 - 34	24,3	23,7
35 - 39	16,1	16,3
40 - 44	14,0	12,1
45 - 49	11,2	9,3
50 - 54	9,4	10,3
55 - 59	9,8	10,3
60 – 64	10,1	8,5
30 - 64	13,7	12,9

Migration kann einen Einfluss auf die Gesundheit haben. So können beispielsweise mit der Migration verbundene psychosoziale Belastungen wie z.B. Familientrennungen, Verfolgung oder Folter im Herkunftsland, unklare rechtliche Rahmenbedingungen des Aufenthaltes, unfreiwillige Unterbringung in Sammelunterkünften und die Konfrontation mit Rassismus Krankheitsrisiken darstellen.

Zudem ist Migration– insbesondere wenn sie unfreiwillig ist – häufig mit einem Statusverlust verbunden. Ein niedriger Sozialstatus ist mit gesundheitlichen Risiken verknüpft – hierbei unterscheiden sich Deutsche nicht von Migrantinnen und Migranten.

Außerdem haben Migrantinnen und Migranten häufiger einen schlechteren Zugang zum gesundheitlichen Versorgungssystem (z.B. durch kulturelle und/oder sprachliche Barrieren). [69]

Dennoch sind Menschen mit Migrationshintergrund nicht unbedingt kränker als die deutsche Bevölkerung.

Beispielsweise sind bestimmte Krankheitsrisiken in verschiedenen Ländern unterschiedlich verteilt. So ist z.B. das Risiko, an einem Herzinfarkt zu sterben in vielen Mittelmeerländern nur halb so hoch wie in Deutschland. In sog. Entwicklungsländern sind deutlich niedrigere Inzidenzen an Brustkrebs und Darmkrebs zu verzeichnen. Internationale Studien belegen, dass Migranten das jeweilige niedrige

[69] Razum O. et al. (2004): Gesundheitsversorgung von Migranten, Deutsches Ärzteblatt, Jg. 101, Heft 43, 22. Oktober 2004, S. A2882-2887

ursachenspezifische Risiko „mitbringen“ und dieses je nach Lebensstil noch viele Jahre beibehalten.

In einer kürzlich veröffentlichen Kohorten-Studie wurden bei Aussiedlern aus der ehemaligen Sowjetunion im Vergleich zur deutschen Bevölkerung signifikant niedrigere Mortalitätsraten, insbesondere bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen (bei beiden Geschlechtern) und Krebs (bei Frauen) ermittelt – obgleich die hohe Mortalität im Ursprungsland, verbunden mit dem physischen und psychischen Stress der Migration eine erhöhte Mortalität bei den Aussiedlern vermuten ließ. Erhöhte Raten waren bei nicht natürlichen Todesursachen zu beobachten, die mit Defiziten bei der Integration erklärt wurden, sowie bei Lungenkrebs und einigen anderen, mit dem Lebensstil assoziierten Krebsarten.[70]

Des weiteren ist zu berücksichtigen, dass Migrantinnen und Migranten eine sehr heterogene Gruppe sind, die immer vor dem Hintergrund kultureller Besonderheiten und der sozialen und gesundheitlichen Lage im jeweiligen Herkunftsland zu betrachten ist.

Dabei ist nicht generell von einer schlechteren Gesundheit bei Migrantinnen und Migranten auszugehen. [71]Denn: Was häufig als „Migrationsproblem“ benannt wird, sind in erster Linie die Folgen sozialer Benachteilung. Hierzu zählen z.B. bestimmte Belastungen am Arbeitsplatz wie Schichtarbeit oder schwere körperliche Tätigkeiten, Arbeitslosigkeit, hohe Prävalenz von Risikofaktoren.

Fakt ist, dass obgleich Männer und Frauen mit Migrationshintergrund einen erheblich Teil der Bevölkerung ausmachen, es kaum verlässliche, bevölkerungsbezogene Daten zu ihrer Gesundheitssituation gibt. [72] Nationale und internationale Studien weisen inkonsistente Ergebnisse zur Morbidität von Migrantinnen und Migranten im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung auf. [73]

Noch lückenhafter stellt sich die Datenlage aus der Geschlechterperspektive dar. Hier wäre ein geschlechtersensibler Blick notwendig, denn die Erfahrungen und Lebensbedingungen von Migrantinnen können sich deutlich anders darstellen als bei Migranten: So können Frauen beispielsweise andere Gründe für die Migration haben als Männer (z.B. wenn sie ihren arbeitssuchenden Männern folgen). Im Hinblick auf die Nutzung des deutschen Gesundheitssystems kommen häufig bei Frauen - insbesondere aus stark patriarchalen Ländern – schlechtere Spracherwerbs-Chancen hinzu (z.B. durch die schlechtere Bildungssituation im Herkunftsland und die Haus- und Familienzentriertheit). Spracherwerb ist jedoch eine der Grundvoraussetzungen, das Gesundheitssystem bedarfsgerecht zu nutzen. [74]

---

[70] Becher, H. et al. (2007): Mortalität von Aussiedlern aus der ehemaligen Sowjetunion - Ergebnisse einer Kohortenstudie, Deutsches Ärzteblatt 104, Ausgabe 23 vom 08.06.2007, Seite A-1655 / B-1460 / C-1400, im Internet: http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=suche&id=55932

[71] Lampert T. (2006): Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit – Ein Bericht, im Internet: http://www.gesundheitberlin.de/index.php4?request=themen&topic=2087&type=infotext

[72] Razum O. et al. (2004): Gesundheitsversorgung von Migranten, Deutsches Ärzteblatt, Jg. 101, Heft 43, 22. Oktober 2004, S. A2882-2887

[73] Zeeb H. (2004): Gesundheitliche Lage und Gesundheitsversorgung von erwachsenen Migranten - ein Survey bei der Schuleingangsuntersuchung, Gesundheitswesen 66, S. 76-84, im Internet: http://www.thieme-connect.com/ejournals/abstract/gesu/doi/10.1055/s-2004-812825;jsessionid=03CCE02F8C092E6C43F10A3BB0C236E3.jvm3

[74] Wimmer-Puchinger B., Wolf H., Engleder A. (2006): Migrantinnen im Gesundheitssystem, Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz Heft 9, September 2006, S. 884-892

Eine Ursache für die Schwierigkeit von Analysen über den Gesundheitszustand von Migranten liegt unter anderem in einem methodischen Problem. Die Definition der „Ausländer“ in der amtlichen Statistik ist zwar nach Männern und Frauen getrennt und nach Altersgruppen und Nationalitäten ausgewiesen. Sie fußt jedoch allein auf die Staatsangehörigkeit. Damit wird die Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund nur unzureichend beschrieben. Beispielsweise werden Aussiedlerinnen und Aussiedler aus Osteuropa in der Statistik nicht als „Ausländer“ geführt, da sie die deutsche Staatsbürgerschaft erhalten. Auch eingebürgerte Migrantinnen und Migranten gelten nicht als „Ausländer“. [75]

Das Statistische Bundesamt hat im Juli 2007 nun erstmals Daten vorgelegt, die die Gruppe der Ausländer besser differenzieren. [76] Dabei wird unterschieden zwischen

- Deutschen ohne Migrationshintergrund,
- Personen mit eigener Migrationserfahrung (Zugewanderte) und
- Personen ohne eigene Migrationserfahrung (in Deutschland geborene Nachkommen ab der 2. Generation).

In Verbindung mit den im Mikrozensus[77] erhobenen Fragen zur Gesundheit können Angaben über

- den Gesundheitszustand,
- Übergewicht/Adipositas und
- das Rauchverhalten

bei Männern und Frauen in der Altersgruppe der 25-65 Jährigen gemacht werden. Auch wenn hier keine bremenspezifischen Daten vorliegen, lohnt hier ein differenzierter Blick aufgrund des neuen definitorischen Ansatzes.

Bei den Fragen zum Gesundheitszustand im Mikrozensus werden alle Krankheiten und Unfallverletzungen zusammengenommen erfasst, unter denen die Befragten am Erhebungstag und in den davor liegenden vier Wochen gelitten haben - unabhängig davon, ob wegen der Beschwerden ein Arzt aufgesucht wurde. [78]

Die nachfolgende Abbildung zeigt, dass ein grundlegender Unterschied der Anteile Kranker bzw. Unfallverletzter bei Menschen im Alter von 25 bis 65 Jahren mit und ohne Migrationshintergrund nicht zu beobachten ist. Auch zwischen den Geschlechtern sind nur geringe Unterschiede zu verzeichnen. Lediglich die Männer ohne eigene Migrationserfahrung, d.h. die Nachkommen von Zugewanderten, weisen eine etwas geringere Rate an Kranken auf.

[75] Razum O. et al. (2004): Gesundheitsversorgung von Migranten, Deutsches Ärzteblatt, Jg. 101, Heft 43, 22. Oktober 2004, S. A2882-2887

[76] Statistisches Bundesamt (2006): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit, Bevölkerung mit Migrationshintergrund, Ergebnisse des Mikrozensus 2005, Fachserie 1, Reihe 2.2., Wiesbaden

[77] Der Mikrozensus ist eine bundesweite Repräsentativstatistik. Die hier dargestellten Ergebnisse beziehen sich auf Fragen zur Gesundheit, die 2005 an 1% der Bevölkerung (390.000 Haushalte mit rund 830.000 Personen) gerichtet wurden.

[78] Statistisches Bundesamt (2005): Mikrozensus 2005, Fragen zur Gesundheit, im Internet: http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Gesundheit/GesundheitszustandRisiken/Content75/GesundheitszustandBehandlungsanlaesse,property=file.pdf

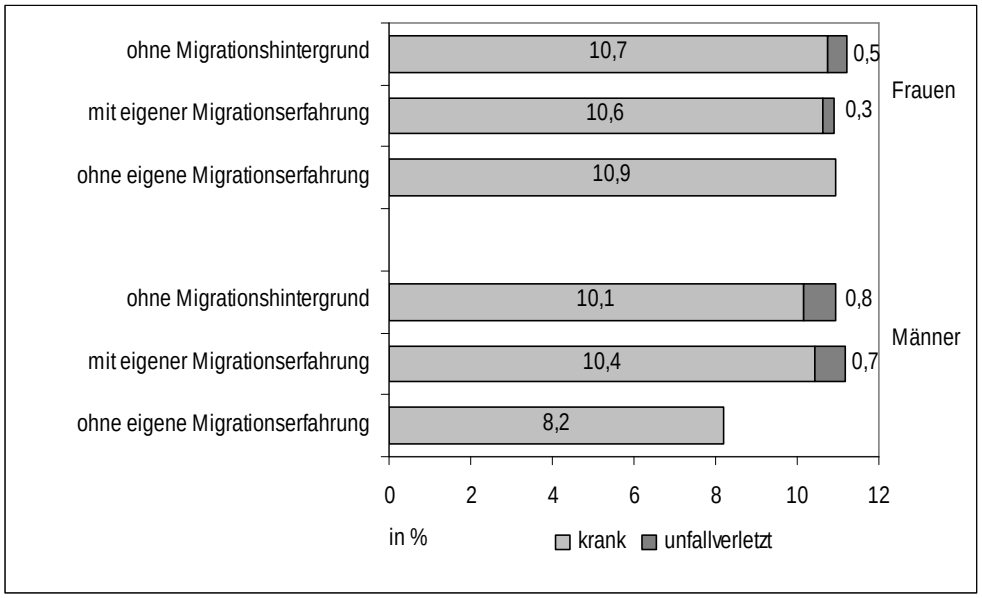

Abbildung 19: Anteil der Kranken und Unfallverletzten in der Bevölkerung im Alter von 25 bis 65 Jahren nach Migrationsstatus, Deutschland, eigene Berechnungen, Angaben in Prozent, 2005[79]

Hinsichtlich der Verteilung von Menschen mit Übergewicht und Adipositas wird auch hier belegt, dass mehr Männer als Frauen in der Bevölkerung übergewichtig sind. Während bei den Männern kaum Unterschiede zwischen dem Migrationsstatus zu beobachten sind, weisen Frauen mit eigener Migrationserfahrung im Vergleich zu den beiden anderen Gruppen höhere Anteile an Übergewicht/Adipositas auf. Dies könnte mit dem mitunter anderem Schönheitsideal in anderen Ländern zusammenhängen. Die geringsten Anteil von Übergewicht/Adipositas weisen sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen die in Deutschland geborenen Nachkommen auf.

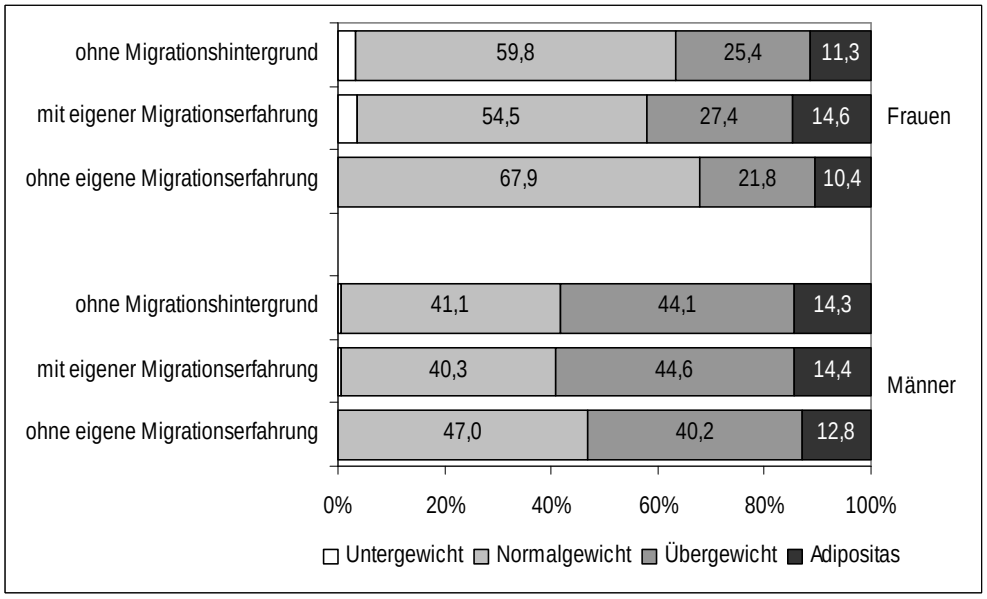

Abbildung 20: BMI nach Migrationsstatus in Deutschland im Alter zwischen 25 und unter 65 Jahren, Mikrozensus 2005, eigene Berechnungen[80]

[79] Statistisches Bundesamt (2006): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit, Bevölkerung mit Migrationshintergrund, Ergebnisse des Mikrozensus 2005, Fachserie 1, Reihe 2.2., Wiesbaden

[80] Statistisches Bundesamt (2006): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit, Bevölkerung mit Migrationshintergrund, Ergebnisse des Mikrozensus 2005, Fachserie 1, Reihe 2.2., Wiesbaden

Beim Rauchverhalten sind deutliche Geschlechterunterschiede zu beobachten. Dass Männer häufiger täglich rauchen als Frauen hatten wir bereits in Kapitel „Risikofaktoren und Präventionspotentiale“ festgestellt. Die Differenzierung nach Migrationsstatus belegt, dass bei beiden Geschlechtern die Nachkommen von Migranten – bezogen auf die Altersgruppe der 25 bis unter 65 Jahren Jährigen am häufigsten täglich rauchen. Knapp jede 3. Frau und nahezu jeder 2. Mann dieser Gruppe greift täglich zur Zigarette. Hier kann also noch erhebliches Präventionspotential festgestellt werden. Die niedrigsten Raten weisen Frauen mit eigener Migrationserfahrung auf.

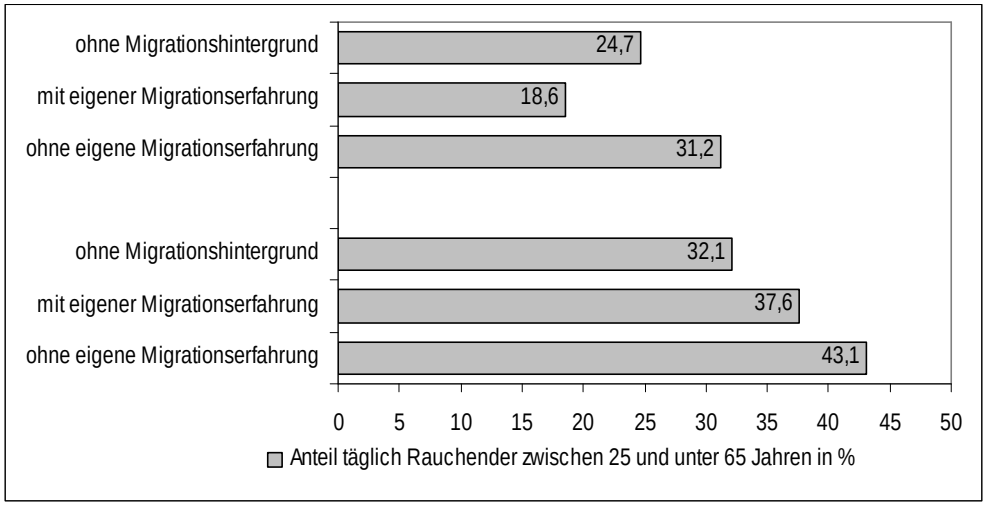

Abbildung 21: Anteile täglich Rauchender in der Bevölkerung zwischen 25 und unter 65 Jahren in Deutschland, Mikrozensus 2005, eigene Berechnungen[81]

[81] Statistisches Bundesamt (2006): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit, Bevölkerung mit Migrationshintergrund, Ergebnisse des Mikrozensus 2005, Fachserie 1, Reihe 2.2., Wiesbaden

Kapitel 6

INANSPRUCHNAHME GESUNDHEITLICHER VERSORGUNG

Frauen im mittleren Lebensalter gehen häufiger zum Arzt bzw. zu einer Ärztin als Männer (siehe Abbildung 22).

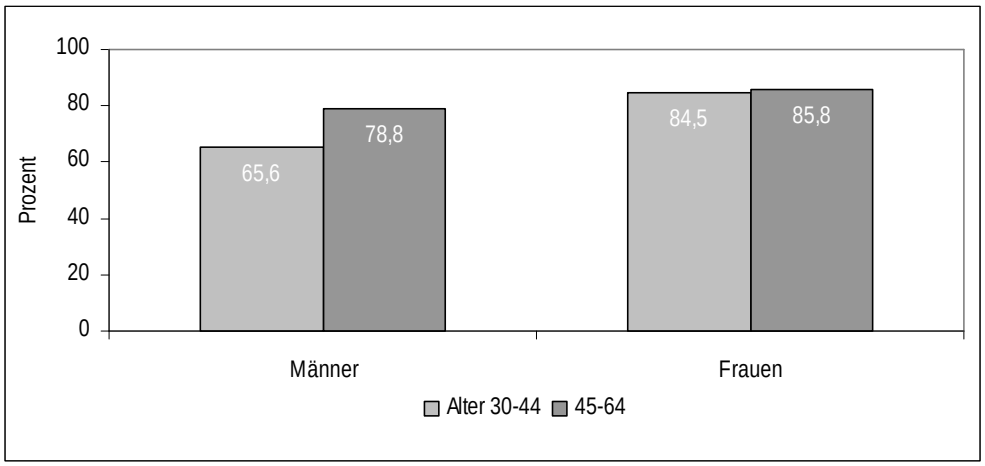

Abbildung 22: Anteil von befragten Männern und Frauen in der Bevölkerungsumfrage Gesundheit! des Landes Bremen, die in den letzten 6 Monaten einen Arzt aufgesucht haben.

Dies bedeutet aber nicht zwingend, dass sie kränker sind:

Zum einen ist ein erheblicher Teil der Arztbesuche auf Besuche bei der Gynäkologin bzw. dem Gynäkologen zurückzuführen. Diese Besuche dürften häufig weniger mit Erkrankungen zusammenhängen denn mit der reproduktiven Gesundheit, d.h. Verhütung, Schwangerschaft und Geburt.

Zum anderen spricht vieles dafür, dass für Frauen die Schwelle, einen Arzt oder eine Ärztin aufzusuchen, häufig niedriger ist als bei Männern, da Frauen ab der Pubertät gewohnt sind, regelmäßige Kontrolluntersuchungen bei der Gynäkologin bzw. dem Gynäkologen vornehmen zu lassen.

Aber auch in der ärztlichen Sprechstunde sind Geschlechterunterschiede zu beobachten.

Männer führen häufiger kürzere Gespräche mit dem Arzt bzw. der Ärztin als Frauen. Studien haben gezeigt, dass die bei weitem kürzesten Gespräche in Arztpraxen zwischen männlichen Ärzten und männlichen Patienten geführt werden. Viele Männer haben auch ein anderes Verständnis und Empfinden, wenn es um Erkrankungen geht, z.B. neigen Männer eher dazu, Symptome zu bagatellisieren und den Gang zum Arzt aufzuschieben.[82]

[82] Bei10 Männern ist Nachfragen wichtig - Männliche Patienten neigen vielfach zur Verdrängung, Ärzte Woche, 19. Jahrgang Nr. 1-2, 2005, im Internet: http://www.aerztewoche.at/viewArticleDetails.do?articleId=13

Die Diagnosedaten für Krankenhausbehandlungen zeigen noch einmal deutlich die bereits an anderer Stelle in diesem Bericht aufgezeigten Geschlechterunterschiede hinsichtlich des Morbiditätsgeschehens.

Im Alter zwischen 35 und 45 Jahren betrifft der häufigste Behandlungsanlass bei Frauen keine Erkrankung, sondern Schwangerschaft und Geburt. An zweiter Stelle stehen bei den Frauen psychische und Verhaltensstörungen – jedoch mit einer weitaus geringeren Rate als bei den Männern. Noch einmal wird die überragende Rolle psychischer und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (d.h. Alkohol und Drogen) bei jüngeren Männern deutlich (siehe hierzu ausführlich das Kapitel „Psychische Erkrankungen“). Dies gilt ähnlich für die höheren Raten bei Verletzungen und Vergiftungen bei Männern in dieser Altersgruppe.

Höhere Raten bei Frauen gibt es bei Krankheiten des Urogenitalsystems (diese sind vor allem in den nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes - z.B. Endometriose – begründet und bei Neubildungen (vor allem bedingt durch Brustkrebs).

Tabelle 8: Die 10 häufigsten Diagnosen von Krankenhausbehandlungen bei Patientinnen und Patienten des Landes Bremen, Altersgruppe 35-44 Jahre, 2005

	Rate je 100.000 Einwohner	
Alter 35-44	**Frauen**	**Männer**
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	2.516	
Psychische und Verhaltensstörungen	1.887	3.286
Neubildungen	1.386	637
Krankheiten des Verdauungssystems	1.240	1.289
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bin-de-gewebes	1.155	1.080
Krankheiten des Urogenitalsystems	1.116	437
Verletzungen, Vergiftungen u. best. andere Folgen äußerer Ursachen	935	1.681
Krankheiten des Atmungssystems	524	700
Krankheiten des Nervensystems	448	583
Krankheiten des Kreislaufsystems	440	728

Im Alter zwischen 45 und 64 Jahren dominieren bei den Frauen die Neubildungen, vor allem Brustkrebs und Darmkrebs, wie auch die Daten des Bremer Krebsregisters belegen (siehe dazu Kapitel „Krebs“). Bei den Männern herrschen die Krankheiten des Kreislaufsystems vor, und zwar insbesondere ischämische Herzkrankheiten wie z.B. Herzinfarkt (siehe dazu auch das „Krankheiten und gesundheitliche Beeinträchtigungen).

Tabelle 9: Die 10 häufigsten Diagnosen von Krankenhausbehandlungen bei Patientinnen und Patienten des Landes Bremen, Altersgruppe 45-64 Jahre, 2005

	Rate je 100.000 Einwohner	
Alter 45-64	**Frauen**	**Männer**
Neubildungen	3.062	2.878
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	2.720	2.050
Krankheiten des Verdauungssystems	1.837	2.349
Krankheiten des Kreislaufsystems	1.665	3.247
Psychische und Verhaltensstörungen	1.449	2.043
Verletzungen, Vergiftungen u. best. andere Folgen äußerer Ursachen	1.390	1.748
Krankheiten des Urogenitalsystems	1.180	809
Krankheiten des Atmungssystems	810	1.065
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	634	500
Krankheiten des Nervensystems	607	1.070

Kapitel 7

MEDIKALISIERUNG UND PATHOLOGISIERUNG VON LEBENSPHASEN

Die Frauengesundheitsbewegung hat es erstmals thematisiert und durch die Frauengesundheitsforschung wurde es wissenschaftlich unterfüttert: Im gesundheitlichen Versorgungssystem werden nicht nur Krankheiten behandelt, sondern es werden auch natürliche Lebensphasen wie Pubertät, Schwangerschaft, Geburt, Wechseljahre und Alter der Selbstbestimmung entzogen und zu behandlungsbedürftigen Zuständen definiert. Lebensphasen, die zwar durchaus mit Beschwerden verbunden sein können, bei denen dann in schwereren Fällen ggf. auch medikamentöse Unterstützung vonnöten sein kann, werden mitunter per se pathologisiert und medikalisiert.

„Krankheiten werden erfunden und Befindlichkeitsstörungen zu Krankheiten erklärt. Medikamente suchen und finden ihren Markt“ beschreibt die Frauengesundheitsforscherin Ingrid Mühlhauser dieses Phänomen.[83]

Gut untersucht sind einige Lebensphasen wie z.B. Schwangerschaft und Geburt. Im mittleren Lebensalter ist bei Frauen eine Pathologisierung und Medikalisierung vor allem in zwei Bereichen zu beobachten. Zum einen ist es die Verordnung von psychotropen Substanzen, die „häufig vor dem Hintergrund der vermeintlich inadäquaten Bewältigung von Lebenskrisen eingesetzt werden.“[84] Zum anderen ist es die Phase der Wechseljahre, die als „Hormonmangelphase“ bewertet wird.

Um die Prozesse und Mechanismen der Pathologisierung und Medikalisierung zu verdeutlichen, werden diese Phänomene am konkreten Beispiel der Wechseljahre der Frau etwas ausführlicher dargestellt.

Die Wechseljahre sind eine Umbruchphase im Leben von Frauen, die nicht nur mit biologischen, sondern auch psychischen und sozialen Veränderungen einhergehen können. Verschiedene Länder und Kulturen haben unterschiedliche ‚typische Wechseljahrsbeschwerden’ und bewerten die Symptome unterschiedlich. Im westlich orientierten Kulturkreis werden vor allem die Beschwerden betont, z.B. Hitzewallungen und Schweißausbrüche, Schlafstörungen, Trockenheit der Schleimhäute, insbesondere der Scheide, und Harnwegsbeschwerden.

In der medizinischen Versorgung wurden die Wechseljahre lange Zeit als ‚Hormonmangelkrankheit’ definiert mit der Konsequenz einer häufig jahrelangen, teilweise lebenslangen Verschreibung von Östrogenpräparaten. Zudem wurden die Präparate nicht nur zur Linderung der Wechseljahrsbeschwerden eingesetzt, sondern zur Prävention von Herzerkrankungen und anderen Erkrankungen. Aufgrund

[83] Mühlhauser I. (2005): Menopausale Hormontherapie - Zeit zum Umdenken, Vortrag im Rahmen der Abschlussveranstaltung der Bundeskoordination Frauengesundheit: Wege zur Frauengesundheit - Von Stolper- und Meilensteinen am 24. Januar 2005 in Berlin, im Internet: http://www.bkfrauengesundheit.de/cms/0_0_start/detail.php?nr=581&kategorie=0

[84] Kolip P., Glaeske G. (2002): Die Medikalisierung weiblicher Biografien im mittleren Alter, Schweizerische Ärztezeitung 83, Nr. 10 S. 479-482, im Internet: http://www.asfg.uni-bremen.de/doc/Kolip_und_Glaeske_2002.pdf

der Beobachtung, dass Frauen bis zur 5. Lebensdekade seltener an kardiovaskulären Erkrankungen leiden, nach der Menopause die Erkrankungsraten jedoch stark zunehmen, beruhte die Vermutung, dass die Verringerung der Östrogenproduktion an der Entstehung kardiovaskulärer Erkrankungen beteiligt ist. Durch eine Hormonersatztherapie sollte dieser Zustand verbessert werden.[85]

Binnen zehn Jahren stieg die Zahl der Hormonanwenderinnen in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) von 1,6 Mio. auf rund 2,9 Mio.

Das Thema erfuhr breite öffentliche Beachtung, nachdem im Jahr 2003 Ergebnisse einer Langzeitstudie[86] veröffentlicht wurden, die belegten, dass bei einer Behandlung mit Hormonen als Krankheitsprophylaxe die Risiken deutlich den präventiven Nutzen übersteigen. Bei gesunden Frauen erhöht sich dadurch das Risiko für Thrombosen, Herzinfarkt, Schlaganfall und Brustkrebs. Aufgrund der negativen Effekte wurde die Studie abgebrochen.

Empfehlungen wurden ausgesprochen, die Hormonersatztherapie nicht mehr generell, sondern nur noch in geprüften Einzelfällen und primär für schwerwiegende klimakterische Beschwerden einzusetzen und auch dort nur kurz- oder mittelfristig und möglichst niedrigdosiert. Es wurden Informationsmaterialien aufgelegt, die Frauen eine neutrale, sachgerechte Aufklärung über Nutzen und Risiken der Hormonersatztherapie ermöglichen.[87]

Der Transfer der wissenschaftlichen Erkenntnisse in die gynäkologischen Praxen hinein scheint sich nur recht zögerlich zu vollziehen.[88] Insgesamt gingen die Verordnungszahlen in Deutschland nach der Publikation der Studie aber zurück. In der Region der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Bremen betrug der Rückgang bei den Tagesdosen pro Hormonanwenderin zwischen 2003 und 2004 knapp 17%. Damit war Bremen die Region mit dem zweithöchsten Rückgang unter allen KV-Regionen Deutschlands, wobei anzumerken ist, dass Bremen 2003 bundesweit noch die höchsten Werte aufwies. Der Rückgang beträgt denn auch 2004 bis 2005 nur noch 5%. Insgesamt liegt Bremen liegt bei der Häufigkeit von Verordnungen im oberen Bereich unter den KV-Regionen (Stand: 2005). Nach neuerem Stand scheint sich in Deutschland wieder ein Anstieg der Verordnungen in den Fällen anzudeuten, in denen keine zwingende Indikation vorliegt.

Eine Medikalisierung und Pathologisierung von Lebensphasen sowie eine Übersorgung sind jedoch keine frauenspezifische Themen. Auch wenn es noch wenig Beachtung findet, sind diese Phänomene auch bei männlichen Lebensphasen zu beobachten - wie die nachfolgenden Beispiele zeigen:

Prostatakrebs ist die zweihäufigste Krebsneuerkrankung im mittleren Lebensalter bei Männern. Zur Früherkennung finanzieren die Krankenkassen das Abtasten der Prostata durch den Arzt. Nachteil dieser Untersuchung: Tastbare Tumoren haben

---

[85] Wissenschaftliches Institut der AOK (2005): Wechseljahre in der Hormontherapie, Bonn, im Internet: http://wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_arzneimittel/wido_arz_publikation-hormone2005_0507.pdf

[86] Beral B. (2003): Breast cancer and hormone-replacement therapy in the Million Women Study, The Lancet 2003; 362:419-427

[87] siehe z.B. die Broschüre „Hormontherapie in den Wechseljahren“ des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung in Abstimmung mit der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft, die auch in Bremen vom Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales an relevante Einrichtungen verteilt wurde.

[88] Wissenschaftliches Institut der AOK (2005): Wechseljahre in der Hormontherapie, Bonn, im Internet: http://wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_arzneimittel/wido_arz_publikation-hormone2005_0507.pdf

zumeist bereits ein fortgeschrittenes Stadium erreicht und eine signifikante Lebensverlängerung ist durch diese Untersuchung auch nicht nachweisbar. Mittlerweile wird immer häufiger ein anderes Verfahren der Früherkennung angewendet: die Bestimmung des Prostata-spezifischen Antigens im Blut. Ein erhöhter Antigenspiegel wird durch Zellveränderungen im Blut ausgelöst, die auf einen Tumor hinweisen können. Problematisch bei diesem Test ist, dass

- ein erhöhter PSA-Wert allein kein eindeutiger Hinweis auf eine Krebserkrankung ist. Die Zahlen für falsch-positive Ergebnisse variieren in der Literatur zwischen 10% und 80%. In den Leitlinien der Deutschen Urologen zur PSA-Bestimmung in der Prostatakarzinomdiagnostik wird festgestellt: „Der PSA-Wert diagnostiziert nicht das Prostatakarzinom, sondern stellt die Indikation zur Biopsie".[89]

- etwa die Hälfte aller Männer im fortgeschrittenen Alter zwar Prostatakrebs tragen, dieser jedoch infolge des sehr langsamen Wachstums häufig zu Lebzeiten zu keinerlei Beschwerden führen würde. Die Behandlungsfolgen einer Prostataentfernung nach positiven Testergebnis können bei diesen langsam wachsenden Tumoren beeinträchtigender sein (z.B. Impotenz, Inkontinenz) als eine Nicht-Behandlung. Eine Unterscheidung zwischen langsam wachsenden und aggressiven Tumoren ist jedoch nicht möglich.

- die Messmethoden für das PSA „störanfällig" und „nicht ausreichend standardisiert" sind. [90]

- die individuelle Variationsbreite des Antigenspiegels im Blut groß ist, so dass keine verlässlichen Grenzwerte bestimmt werden können;

- der Nachweis aussteht, dass ein früh entdeckter Tumor sich überhaupt zu einem bösartigen (malignen) Tumor entwickelt, dass die Heilungschancen verbessert und die Sterblichkeit reduziert wird.

Daher ist der Test kein Bestandteil der gesetzlichen Krankenversicherung, sondern wird als „individuelle Gesundheitsleistung" (IgeL) angeboten.

Der Test sollte nur nach sorgfältiger Aufklärung und Abwägung über den Nutzen und die möglichen Konsequenzen erfolgen. Es geht hierbei nicht darum, Männern Früherkennungsmaßnahmen vorenthalten zu wollten. Aber die fehlende Evidenzbasierung und das Risiko, dass durch dieses schnelle, unkomplizierte und – im Vergleich zum Abtasten - angenehmere Verfahren Männern suggeriert wird, sich damit absichern zu können und die durchaus unterschiedlichen Konsequenzen eines positiven Testergebnisses vorab nicht zu bedenken, veranlassen zu einer kritischen Bewertung der immer häufigeren Anwendung in der ärztlichen Praxis.

Ein weiteres Beispiel ist die in vielen Veröffentlichungen zur Männergesundheit im mittleren Alter postulierte Abnahme des Hormonspiegels von Androgenen und

[89] Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (2002): Leitlinien der Deutschen Urologen zur PSA-Bestimmung in der Prostatakarzinomdiagnostik, im Internet: http://www.uni-duesseldorf.de/awmf/ll-na/043-036v.htm

[90] Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (2001): Bewertung „Individueller Gesundheitsleistungen" (IGeL) - Prostatakarzinom-Screening mittels PSA-Bestimmung, im Internet: http://www.mds-ev.org/download/IGeL_prost_screening.pdf

deren umstrittenen Auswirkungen. Diese werden unter den Begriffen „Klimakterium virile“, „Aging-Male-Syndrom“ oder auch „PADAM (Partial Androgen Deficiency of the Aging Male)“ diskutiert. Symptome wie Müdigkeit und Erschöpfung, Nachlassen der Spannkraft und der sexuellen Lust, Erektions- und Orgasmusstörungen werden mit Androgenmangel in Verbindung gebracht. Hier wird eine ausgleichende Substitution durch Hormonverabreichung (Testoreron) angeboten, obgleich keine Evidenz vorhanden ist. Kontrollierte Langzeitstudien gibt es bislang nicht. [91]

Insgesamt ist der Männergesundheitsmarkt stark auf die dauerhafte körperliche und vor allem sexuelle Leistungsfähigkeit fokussiert. Viagra stellt hier das bekannteste Beispiel für eine Medikalisierung dar, aber es gibt auch weitere Produkte. Eine kritische Betrachtung soll hier nicht darauf abzielen, behandlungsbedürftigen Erkrankungen nicht auch angemessen zu begegnen, kritisch wird es, wenn normale körperliche Zustände wie Müdigkeit, Erschöpfung, keine Lust etc. als pathologisch und medikamentös behandelbar definiert werden. Es findet hier eine ähnliche Entwicklung statt, wie sie von der Frauengesundheitsforschung thematisiert wurde. Dort wurde das Beispiel der häufigen Verordnung von psychotropen Substanzen genannt, um Lebenskrisen zu bewältigen.

Der anzustrebende Zustand scheint – und dies gilt insbesondere für Männer, nach Wunsch „immer zu können“, d.h. immer zu funktionieren, ohne Einfluss auf die eigene Stimmungen und das eigene Körpergefühl. Die bereits mit der männlichen Sozialisation geförderte Unachtsamkeit für den eigenen Körper wird hierdurch weiter verstärkt. Ein sensiblerer Umgang, der dazu führt, dass auch Männer Krankheitssymptome eher wahrnehmen und auch behandeln lassen und insgesamt bewusster mit ihrem Körper umgehen, rückt dabei in den Hintergrund. Dabei wäre dies so wichtig, schaut man sich die Daten zu Krankheit und Sterblichkeit bei Männern in den vorangegangenen Kapiteln dieses Berichtes an.

[91] Hormonersatz im Klimakterium virile - Testosteron ist keine Lifestyle-Droge, die Substitution ist von Symptomatik und Serumspiegel abhängig, Ärzte Woche, 18. Jahrgang Nr. 31, 2004
http://www.aerztewoche.at/categoriesAction.do?categoryId=67

Kapitel 8

FAZIT

Die in diesem Bericht dargestellten Erkenntnisse, die aus Bremer Daten und überregionalen Studien abgleitet wurden, zeigen, dass sich Männer und Frauen hinsichtlich Gesundheit und Krankheit, gesundheitlichem Verhalten, der Ausschöpfung von Präventionspotentialen und in der Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen unterscheiden. Darüber hinaus wurden erste Erklärungsansätze für diese Unterschiede diskutiert. Der Blick wurde dabei nicht nur auf das biologische, sondern vor allem auch auf das soziale Geschlecht (gender) gerichtet, das unter anderem eine geschlechtsspezifische

- Körpersozialisation und gesundheitsbezogene Verhaltensweisen,
- Lebens- und Arbeitsbedingungen und
- Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem

beinhaltet.[92] Diese Faktoren sind gesundheitspolitisch von Interesse, da sie grundsätzlich veränderbar sind.

Eine unterschiedliche, angelernte Körpersozialisation von Jungen und Mädchen führt zu unterschiedlichem Gesundheitsverhalten von Frauen und Männern. Männer weisen im Hinblick auf gesundheitsriskantes Verhalten das ungünstigere Profil auf.

So zeigt die Analyse der Sterblichkeit, dass die höhere Mortalität und die geringere Lebenserwartung bei Männern vor allem durch sogenannte vermeidbare Todesursachen begründet ist, d.h. jene Ursachen, die durch gute medizinische Versorgung (die verglichen mit vielen anderen Ländern in Deutschland ein hohes Niveau hat), aber vor allem durch Prävention und gesundheitsrelevantes Verhalten vermeidbar sind.

Ein Beispiel hoher gesundheitlicher Relevanz für Männer ist Lungenkrebs. Lungenkrebs ist die häufigste Krebsneuerkrankung bei Männern im mittleren Alter in Bremen (in Deutschland die dritthäufigste) und die häufigste Todesursache bei den 50 bis 65 jährigen Bremern. Für dessen Entstehung ist erwiesenermaßen neben arbeitsplatzbedingten Risiken vor allem das Rauchen verantwortlich. Männer im mittleren Alter rauchen deutlich mehr als Frauen. Insbesondere die Bremer Männer zwischen 40 und 49 Jahren rauchen sehr häufig, auch im Vergleich zu Deutschland.

Auch bei den ischämischen Herzkrankheiten - eine weitere vermeidbare Todesursache -, die mit einer Reihe von Risikofaktoren in Verbindung gebracht wird (z.B. ein erhöhter Cholesterinspiegel (Hypercholesterinämie), Übergewicht, Rauchen,

[92] vgl. dazu auch: Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2006): Gender-Gesundheitsbericht Schweiz 2006 - Grundlagen zur Entwicklung von Forschungs- und handlungsbezogenen Aktivitäten, im Internet: http://www.asfg.uni-bremen.de/doc/Gender_Gesundheitsbericht_06.pdf

Bluthochdruck) liegen die Sterberaten – und die Häufigkeit der Risikofaktoren - bei Männern im mittleren Lebensalter höher als bei Frauen.

Bei Unfällen sterben etwa 3-4 mal so viele Männer wie Frauen im mittleren Lebensalter. Vorherrschend sind Verkehrsunfälle, bei denen Männer bei Unfällen mit Personenschaden nicht nur häufiger die Verursacher sind, sondern auch häufiger für folgenschwere Unfälle verantwortlich sind.

Und schließlich konsumieren Männer im mittleren Alter mehr Alkohol und Drogen. Im Alter zwischen 30 und 44 Jahren ist bei Bremer Männern jeder 5. Krankenhausaufenthalt aufgrund von Psychischen und Verhaltensstörungen begründet, vor allen aufgrund von Alkohol und multiplem Substanzgebrauch. Das heißt, es werden mehr Bremer Männer in dieser Altersgruppe aufgrund von Alkohol und Drogen in einem Krankenhaus behandelt als dass Frauen dort Kinder gebären.

Frauen verhalten sich im Vergleich zu Männern weniger risikoreich. Sie gehen häufig sorgsamer mit ihrem Körper um und sind sensibler, was gesundheitliche Beeinträchtigungen anbelangt. Dies ist auf der einen Seite positiv zu bewerten, kann aber auch dazu führen, dass sie von medizinischer Überversorgung betroffen sind. Als ein Beispiel hierfür sind medizinisch nicht immer notwendige Gebärmutterentfernungen (Hysterektomien) zu nennen. In Bremen hat jede 4. Frau zwischen 40 und 70 Jahren keine Gebärmutter mehr. Weitere Beispiele sind Hormonverschreibungen in den Wechseljahren und die häufigere Verschreibung von Psychopharmaka.

Letzteres ist insoweit interessant, da psychische Erkrankungen häufig eher mit Frauen in Verbindung gebracht werden. Dies trifft auf Depressionen, Angststörungen oder somatoforme Störungen – und eben auch auf die Verschreibung von Psychopharmaka zu. Frauen scheinen sich zwar häufiger zu trauen, über psychische Probleme zu reden und professionelle Hilfe aufzusuchen – und auch die Ärzteschaft scheint eher bei Frauen psychische Hintergründe bei somatischen Symptomen zu vermuten - aber von dieser Beobachtung zu schließen, dass Frauen generell häufiger von psychischen Problemen betroffen sind, ist zu kurz gegriffen. Dagegen sprechen die hohen Raten von Störungen durch psychotrope Substanzen bei Männern und auch die höhere Sterblichkeit durch Suizid bei Männern.

Gesundheit und Krankheit von Männern und Frauen werden durch viele Faktoren beeinflusst. Hierzu zählen auch die auch die Arbeits- und Lebensbedingungen und der unterschiedliche Umgang damit.

Die Verknüpfung von sozialer Lage und Gesundheit ist gut belegt und trifft für beide Geschlechter zu: Niedrige Bildungsabschlüsse sind häufig verbunden mit gesundheitlicher Benachteiligung, höherer Krankheitslast und gesundheitsriskanterem Verhalten. Aber auch hier ist ein geschlechtersensibler Blick notwendig. Zum einen trifft diese grundsätzliche Aussage nicht immer zu, wie das ungünstige Alkoholkonsumprofil bei Frauen höherer Bildungsschichten belegt. Zum anderen können zwar die äußeren Rahmenbedingungen wie z.B. Arbeitslosigkeit, Alleinleben oder das Aufziehen von Kindern ohne Partner/-innen beide Geschlechter betreffen. Sie können sich aber mitunter ganz unterschiedlich auf die Gesundheit von Frauen und Männern im mittleren Lebensalter auswirken wie die folgenden Beispiele zeigen:

So sind z.B. alleinlebende Männer eine gesundheitlich vulnerable Gruppe. Sie weisen häufig einen weniger guten Gesundheitszustand auf. Im Gegensatz zu Frauen werden alleinlebende Männer im mittleren Alter eher mit beruflich sozialer Desintegration in Verbindung gebracht.

Geschiedene Männer haben einen tendenziell schlechteren Gesundheitszustand als geschiedene Frauen. Studien haben belegt, dass Trennung und Scheidung sich stärker gesundheitlich negativ auf Männer auswirken als auf Frauen.

Und auch bei den Arbeitslosen sind es häufiger die Männer, die über einen weniger guten bzw. schlechten Gesundheitszustand klagen als die Frauen. Dies Phänomen wird damit in Verbindung gebracht, dass Männer ihre sozialen Netze vor allem über die berufliche Tätigkeit knüpfen und Frauen eher noch die Rolle der Hausfrau und Mutter für sich akzeptieren können, auch wenn letzteres schlussendlich nicht gänzlich belegt ist.

Bei den Alleinzerziehenden sind es eher die Frauen, die einen schlechteren Gesundheitszustand, aber vor allem auch deutlich häufiger als alleinerziehende Männer von Befindlichkeitsstörungen betroffen sind. Dies könnte eng verknüpft mit der häufig schlechteren finanziellen Lage alleinerziehender Frauen im Vergleich zu alleinerziehenden Männern sein.

Diese Beispiele zeigen, dass Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme gendersensibel und möglichst zielgruppengenau ansetzen sollten. Darauf aufbauend müssen geeignete Settings entwickelt werden.

Diese sind nicht immer unmittelbar ableitbar. So können Männer mittleren Alters – mit ihrem insgesamt eher ungünstigeren Risikoprofil - gut über die betriebliche Gesundheitsförderung erreicht werden. Aber wie sieht es mit den Arbeitslosen aus? Hier haben Modellversuche im suchtpräventiven Bereich gezeigt, dass diese am ehesten akzeptiert werden, wenn sie in Beschäftigungs- und Qualifizierungsprojekten integriert sind. D.h. hier wird der gesundheitsfördernde Aspekt über eine Maßnahme erreicht, die nicht primär bei der Veränderung des gesundheitlichen Verhaltens ansetzt.

Auch im Hinblick auf die gesundheitliche Versorgung darf der gendersensible Fokus nicht fehlen. Die sog. „Medikalisierung“ und „Pathologisierung“ weiblicher Lebensphasen ist seit langem Gegenstand der Kritik der Frauengesundheitsbewegung und Frauengesundheitsforschung, trifft aber inzwischen auch für Männer zu, wie die z.B. die Diskussionen um Hormongaben im mittleren Alter zeigen.

Mit diesem Bericht sollte ein Beitrag geleistet werden, anhand der Gesundheit im mittleren Lebensalter die enorme Bedeutung einer geschlechtersensiblen Sichtweise bei der Planung und Durchführung von Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage aufzuzeigen. Wenn er politisch Verantwortliche und die sogenannten „Akteurinnen im Gesundheitswesen“ dazu anregt, hat er sein Ziel erreicht.

Kapitel 9

Literatur

AOK-Bundesverband (2004): Hormonpräparate für Frauen in den Wechseljahren: Bei Zahl der Verordnungen noch keine Kehrtwende in Sicht. Presseservice Gesundheit, Mediendienst des AOK-Bundesverbands, 25.06.2004, im Internet: http://www.aok-bv.de/imperia/md/content/aokbundesverband/dokumente/pdf/presse/psg_ratgeber_0604.pdf. - Zugriff vom 03.07.2007

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (2002): Leitlinien der Deutschen Urologen zur PSA-Bestimmung in der Prostatakarzinomdiagnostik, im Internet: http://www.uni-duesseldorf.de/awmf/ll-na/043-036v.htm

Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft (2003): Arzneiverordnung in der Praxis (AVP), Bd. 30, Ausgabe 3, August 2003, im Internet: http://www.akdae.de/25/Archiv/20033.pdf. - Zugriff am 03.07.2007

Ärzte Woche (2004): Hormonersatz im Klimakterium virile - Testosteron ist keine Lifestyle-Droge, die Substitution ist von Symptomatik und Serumspiegel abhängig, 18. Jahrgang Nr. 31, 2004, im Internet: http://www.aerztewoche.at/categoriesAction.do?categoryId=67

Ärzte Woche (2005): Bei Männern ist Nachfragen wichtig - Männliche Patienten neigen vielfach zur Verdrängung, 19. Jahrgang Nr. 1-2, 2005, im Internet: http://www.aerztewoche.at/viewArticleDetails.do?articleId=13

Ärzte Zeitung (2005): Deutlicher Rückgang bei der Verordnung von Hormonersatz, Ausgabe 08.07.2005, im Internet: http://www.aerztezeitung.de/docs/2005/07/08/125a0501.asp. - Zugriff am 03.07.2007

Becher, H. et al. (2007): Mortalität von Aussiedlern aus der ehemaligen Sowjetunion - Ergebnisse einer Kohortenstudie, Deutsches Ärzteblatt 104, Ausgabe 23 vom 08.06.2007, Seite A-1655 / B-1460 / C-1400, im Internet: http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=suche&id=55932

BFSJS (2004): Pilotstudie „Gewalt gegen Männer“, im Internet: http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung4/Pdf-Anlagen/pressemat-studie-gewalt-m_C3_A4nner,property=pdf,bereich=,rwb=true.pdf

Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (1996): FrauenLeben-Gesundheit, eine Befragung bei Bremer Frauen im Alter zwischen 30 und 74 Jahren.

Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2006): Gender-Gesundheitsbericht Schweiz 2006 - Grundlagen zur Entwicklung von Forschungs- und handlungsbezogenen

Aktivitäten, im Internet: http://www.asfg.uni-bremen.de/doc/Gender_Gesundheitsbericht_06.pdf

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2003): Hormonersatztherapie und Osteoporosevorbeugung, im Internet: http://www.bfarm.de/cln_042/nn_708888/SharedDocs/FAQ/DE/Functions/phvig/faq pharmkovig-t5-table-gesamtansicht.html. - Zugriff am 03.07.2007

Bundesministerium für Gesundheit (2006): Marion Caspers-Merk: Studie belegt Verschwendung und Risiken bei der Verordnung von Medikamenten. Pressemitteilung vom 20.06.2006, im Internet: www.bmg.bund.de/nn_892718/DE/Presse/Pressemitteilungen/Archiv/Presse-2. - Zugriff am 03.07.2007

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2005): 1. Datenreport zur Gleichstellung von Frauen und Männern in der Bundesrepublik Deutschland, im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Herausgeberin: Waltraud Cornelißen, erstellt durch das Deutsche Jugendinstitut e.V. in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt, 2005, 2. Fassung, http://www.bmfsfj.de/Publikationen/genderreport/root.html

Bündnis gegen Depression (2004): Jahresbericht 2004: http://www.buendnis-depression.de/depression/media/Buendnis_Jahresuebersicht_Internet_2004.pdf

Decurtins L., Meyer P.C. (Hrsg). (2007): Entschieden – Geschieden: Was Trennung und Scheidung für Väter bedeuten. aus: Goeschel A. (2007): Trennung und Scheidung als Gesundheitsrisiko für die Männer in den Regionen Deutschlands: Überlegungen zu einer Präventionsstrategie. Blickpunkt der Mann, (1/2007)

Deutsche Adipositas-Gesellschaft, Deutsche Diabetes-Gesellschaft, Deutsche Gesellschaft für Ernährung, Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (Hrsg.) (2005) Evidenzbasierte Leitlinie Prävention und Therapie der Adipositas, Version 2005, im Internet: http://www.adipositas-gesellschaft.de/daten/Adipositas-Leitlinie-2005.pdf

Elkeles T., Mielck A.(1997): Entwicklung eines Modells zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit, Gesundheitswesen 59, S. 137 - 143

Engstler, H., Menning, S. (2003): Die Familie im Spiegel der amtlichen Statistik. Lebensformen, Familienstrukturen, wirtschaftliche Situation der Familien und familiendemographische Entwicklung in Deutschland. Erweiterte Neuauflage. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin

Faltermaier T. (2004): Männer, Gesundheit, Gesundheitsförderung: Eine vernachlässigte Perspektive, Radix, im Internet: http://www.radix.ch/d/data/data_20.pdf

Ford et al. (2007) : Explaining the Decrease in U.S. Deaths from Coronary Disease, 1980–2000, New England Journal of Medicine, Volume 356, Nr, 23, June 7, S. 2388-2398

Georg-August-Universität Göttingen (2005): Gelenkverschleiß durch Übergewicht, im Internet: http://www.universitaetsmedizin-goettingen.de/media/global/tag_der_medizin/tdm2005_gelenkverschleiss.pdf

Glaeske, G., Janhsen, K. (Hg.) (2005): GEK-Arzneimittel-Report 2005. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2003 bis 2004. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Bd. 34, Edition GEK, St. Augustin, Asgard

Glaeske, G., Janhsen, K. (Hg.)(2006): GEK-Arzneimittel-Report 2006. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2004 bis 2005. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Bd. 144, Edition GEK, St. Augustin, Asgard

Hamburger Abendblatt (2004): Tipps für Vegetarier. Hamburger Abendblatt vom 02.02.2004, im Internet: http://www.abendblatt.de/daten/2004/02/02/257543.html

Höpflinger, F. (2003): Hochaltrigkeit – demographische, gesundheitliche und soziale Entwicklungen, im Internet: http://www.pro-senectute.ch/data/551/04-12_debatte_01.pdf

Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung der Bundesanstalt für Arbeit (2003): IAB-Kurzbericht, Aktuelle Analysen aus dem Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung der Bundesanstalt für Arbeit, Ausgabe Nr. 4, 21.03.2003, im Internet: http://doku.iab.de/kurzber/2003/kb0403.pdf

Irle H. et al. (2006): Entwicklung in der Rehabilitation bei psychischen Störungen, RVaktuell, 62-70

Jahn, I. (Hg.) (2004): Wechseljahre multidisziplinär. Was wollen Frauen – was brauchen Frauen? Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 28, Edition GEK, St. Augustin, Asgard

Kieselbach Th., Klink F., Scharf G., Schulz S.O. (1998). „Ich wäre ja sonst nie mehr an Arbeit rangekommen!". Evaluation einer Reintegrationsmaßnahme für Langzeitarbeitslose. Weinheim, Deutscher Studien Verlag.

Klauber J., Mühlbauer B., Schmacke N., Zawinell A. (2005): Wechseljahre in der Hormontherapie. Informationsquellen und ärztliche Einstellungen in der Praxis. Wissenschaftliches Institut der AOK (WidO)

Klotz T. (2007): Wohin mit der Männergesundheit? Blickpunkt der Mann 5(2), S. 10-11

Koch et al. (2005): Ambulante psychotherapeutische Versorgung in Deutschland: Zwischenbilanz und Herausforderung, 4. Workshopkongress für Klinische Psychologie und Psychotherapie Dresden, 7. Mai 2005, im Internet: http://www.psychologie.tu-dresden.de/workshopkongress2005/hauptvortraege/koch-hauptvortrag.pdf

Kolip P, Glaeske G. (2002): Die Medikalisierung weiblicher Biografien im mittleren Alter, Schweizerische Ärztezeitung 83, Nr. 10 S. 479-482, im Internet: http://www.asfg.uni-bremen.de/doc/Kolip_und_Glaeske_2002.pdf

Kongress „Wechseljahre multidisziplinär“ von BIPS, IPP und Forum Frauengesundheit; Veranstaltungsreihe des BIPS in 2003; Veranstaltung vom Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit und Soziales, Ärztekammer und Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin im Rahmen des Bremer Gesundheitsdialogs 2004.

Kolip P., Glaeske G., Bucksch J., Strube H. (2003): Wechseljahre: Was Frauen wissen sollten. Verbraucherzentrale NRW, Düsseldorf

Kolip P. (2005): Die Medikalisierung der Wechseljahre. Folienvortrag, 22.04.2005, im Internet:
http://www.frauengesundheit-nrw.de/ges_them/wechsel/tagung220405/InputKolipWorkshop5.pdf. - Zugriff am 03.07.2007.

Kruse A. (2004): Botschaften für gesundes Altern, im Internet:
http://www.forumpraevention.de/forum-praevention_1234/images//Anhaenge/Botschaften_gesundes_Aelterwerden.pdf

Magistrat der Stadt Wien (2004): Gesundheit von Männern und Frauen, Wien, im Internet https://www.wien.gv.at/who/gb/04/rtf/frau-mann.rtf

Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (2001): Bewertung „Individueller Gesundheitsleistungen“ (IGeL) - Prostatakarzinom-Screening mittels PSA-Bestimmung, im Internet: http://www.mds-ev.org/download/IGeL_prost_screening.pdf

Mühlhauser I. (2005), : Menopausale Hormontherapie - Zeit zum Umdenken - Vortrag im Rahmen der Abschlussveranstaltung der Bundeskoordination Frauengesundheit: Wege zur Frauengesundheit - Von Stolper- und Meilensteinen am 24. Januar 2005 in Berlin, im Internet:
http://www.bkfrauengesundheit.de/cms/0_0_start/detail.php?nr=581&kategorie=0

Lademann J. Mertesacker H. Gebhardt (2006): Psychische Erkrankungen im Fokus der Gesundheitsreporte der Krankenkassen. In: Psychotherapeutenjournal 2/2006, S. 125

Lampert T. (2006): Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit – Ein Bericht, im Internet:
http://www.gesundheitberlin.de/index.php4?request=themen&topic=2087&type=infotext

Landratsamt Bodenseekreis Gesundheitsamt Gesundheit (Hrsg.) (2004): Männergesundheit, im Internet:
http://www.lig.nrw.de/1pdf_dokumente/2_gesundheitspolitik_gesundheitsmanagement/sammlung-kgberichte/zentraler-berichtsserver/baden-wuerttemberg/bodenseekreis_maennergesundheit.pdf

Medizinische Universität Wien, AKH-Consilium - Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen, im Internet: http://www.akh-consilium.at/pdf/AKH-Consilium%20-%20Neurotische-,%20Belastungs-%20und%20somatoforme%20St%F6rungen.pdf

Perrig-Chiello P., Höpflinger F. (2001): Zwischen den Generationen. Frauen und Männer im mittleren Lebensalter - Hauptergebnisse eines empirischen Projekts zum Wandel des mittleren Erwachsenenalters - in Thesenform, Seismo-Verlag, Zürich, im Internet: http://mypage.bluewin.ch/hoepf/fhtop/fhmidage1.html

Razum O. et al. (2004): Gesundheitsversorgung von Migranten, Deutsches Ärzteblatt, Jg. 101, Heft 43, 22. Oktober 2004, S. A2882-2887

Richter D. (2005): Psychische Störungen und Erwerbsminderungsberentungen, DRV-Schriften, Band 55, S, 212-218

Robert Koch Institut (Hrsg.) (2005): Gesundheit von Frauen und Männern im mittleren Lebensalter, Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Robert Koch Institut Berlin.

Robert-Koch Institut (Hrsg.) (2007): Gebärmuttererkrankungen, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 37

Rose U., Jacobi F. (2006) : Gesundheitsstörungen bei Arbeitslosen, Arbeitsmed. Sozialmed. Umweltmed. 41, 12, S. 556-564

Senator für Frauen, Gesundheit, Jugend, Soziales und Umweltschutz (1998): Landesgesundheitsbericht Bremen 1998, im Internet:
http://www.soziales.bremen.de/sixcms/detail.php?gsid=bremen69.c.2113.de

Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales (2001): Frauengesundheitsbericht Bremen 2001, im Internet:
http://www.soziales.bremen.de/sixcms/detail.php?gsid=bremen69.c.2117.de

Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales (2007): Altenplan der Stadtgemeinde Bremen, im Internet:
http://www.soziales.bremen.de/sixcms/detail.php?gsid=bremen69.c.2398.de

Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales (2007): Ratlose Patienten? Gesundheitliche Information und Beratung aus Sicht der Bevölkerung, Edition Temmen

Statistisches Bundesamt (2005): Mikrozensus 2005, Fragen zur Gesundheit, im Internet:
Http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statisti-
ken/Gesundheit/GesundheitszustandRisiken/Content75/GesundheitszustandBehandlungsanlaesse,property=file.pdf

Statistisches Bundesamt (2006): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit, Bevölkerung mit Migrationshintergrund, Ergebnisse des Mikrozensus 2005, Fachserie 1, Reihe 2.2., Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (2006): Verkehr – Unfälle im Straßenverkehr nach Geschlecht – 2005, Wiesbaden

Streuli E. (2002): Alleinleben in der Schweiz - Entwicklung, Verbreitung, Merkmale. Dissertation, im Internet:
http://www.dissertationen.unizh.ch/2003/streuli/D_ES0212.pdf

Violi E. (2001): Projekt - Kommentiertes Inhaltsverzeichnis für „1. Schweizerischer Männergesund-heitsbericht“, Interdisziplinärer Arbeitskreis Männer - und Geschlechterforschung, im Internet: http://www.radix.ch/d/data/data_296.pdf

Wissenschaftliches Institut der AOK (2005): Wechseljahre in der Hormontherapie, Bonn, im Internet:
http://wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_arzneimittel/wido_arz_publikation-hormone2005_0507.pdf

Wimmer-Puchinger B., Wolf H., Engleder A. (2006): Migrantinnen im Gesundheitssystem, Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz Heft 9, September 2006, S. 884-892

Zeeb H. (2004): Gesundheitliche Lage und Gesundheitsversorgung von erwachsenen Migranten - ein Survey bei der Schuleingangsuntersuchung, Gesundheitswesen 66, S. 76-84, im Internet: http://www.thieme-connect.com/ejournals/abstract/gesu/doi/10.1055/s-2004-812825;jsessionid=03CCE02F8C092E6C43F10A3BB0C236E3.jvm3